

安全センター情報2022年10月号 通巻第508号
2022年9月15日発行 毎月1回15日発行
1979年12月28日第三種郵便物認可



2022 **10**

安全センター情報



特集● 脳・心臓疾患、精神障害の労災認定

写真：ロッテルダム条約第10回締約国会議(COP10)

特集／脳・心臓疾患、精神障害の労災認定

脳・心認定基準改正の効果なし ハラスメントによる精神障害最多

コロナ感染症関連認定が3倍の22件 2

「精神障害労災認定基準専門検討会」への
全国安全センターの申し入れ 23

ILO「労働安全衛生法令策定のためのサポートキット」

包括的OSH法の範囲と対象 27

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

国際クリソタイル協会はロッテルダム条約を攻撃 30

WHO・ILOはICAのアスベスト安全主張に反対 31

ロッテルダム条約第10回締約国会議概要報告 34

ジュネーブにおける行動：アスベストを止めよ 36

EEA：がんを打ち負かす－欧州の環境の役割 37

IARC：消防士としての職業曝露の発がん性 40

英：下院議員さらなるアスベスト管理対策を要求 42

ジョンソン・エンド・ジョンソンUターン－ついに！ 43

英：労働関連暴力のリスクアセスメント 44

ILO：生物学的ハザードガイドライン 49

UN：健康的環境へのアクセスという人権 51

各地の便り/世界から

横浜地裁●役員付運転手Dさん過労死裁判勝訴 53

愛知●大量発汗伴う作業による脳梗塞労災認定 54

神奈川●日立造船が遺族に謝罪し補償制度適用 56

神奈川県労委●被災者への謝罪も団交事項 56

東京●関係団体によりフリーランスユニオン設立 58

芸能従事者協会●精力的な実態アンケート調査 59

大阪高裁●ANCA行政処裁判またもや棄却！ 60

韓国●有機化合物による急性中毒死増加ほか 61

脳・心認定基準改正の効果なし ハラスメントによる精神障害最多 コロナ感染症関連認定が3倍の22件

厚生労働省は2022年6月24日に、2021年度分の「過労死等の労災補償状況」を公表した (https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_26394.html)。

2014年までは、「脳・心臓疾患と精神障害の労災補償状況」とされていたが、過労死等防止対策推進法の施行を踏まえて変更した。「過労死等」とは、「同法第2条において、『業務における過重な負荷による脳血管疾患若しくは心臓疾患を原因とする死亡若しくは業務における強い心理的負荷による精神障害を原因とする自殺による死亡又はこれらの脳血管疾患若しくは心臓疾患若しくは精神障害をいう』と定義されている」と注記されている。

厚生労働省が指摘するポイント

厚生労働省自身が指摘する2021年度の特徴は、以下のとおりである。

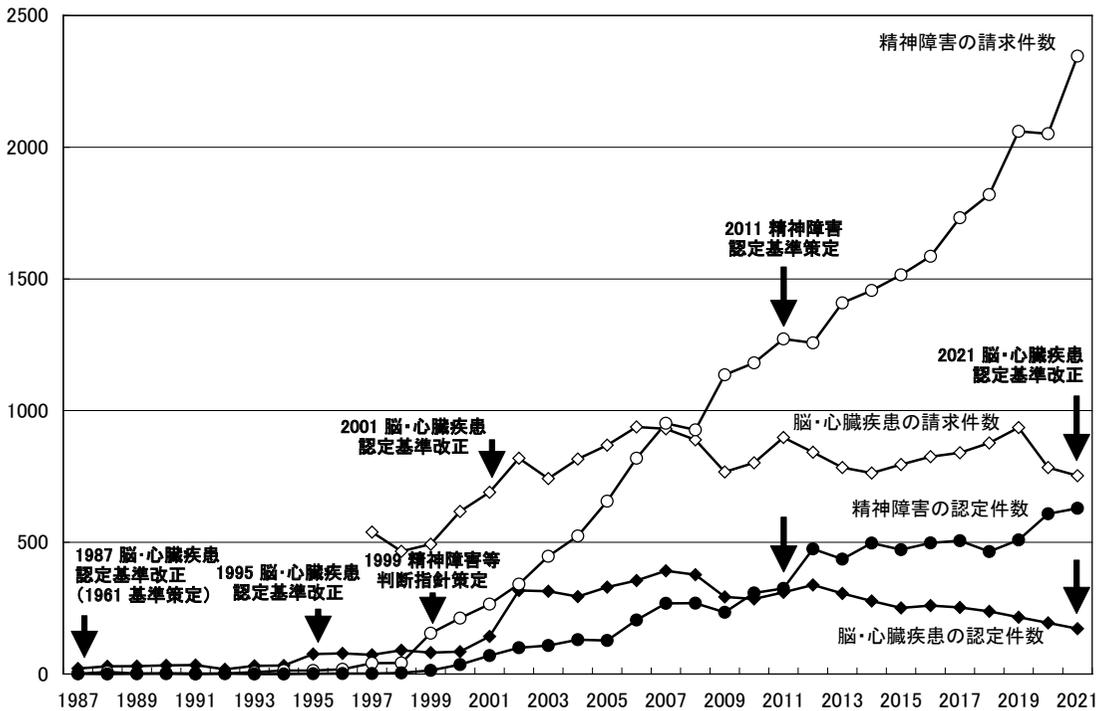
■ポイント

- ・ 過労死等に関する請求件数
3,099件(前年度比264件の増加)
- ・ 支給決定件数
801件(前年度比1件の増加)
うち死亡(自殺未遂を含む)件数:136件(前年度比12件の減少)

■脳・心臓疾患に関する事案の労災補償状況

- ① 請求件数は753件で、前年度比31件の減少。(表1、図1-図表番号は本誌掲載のもの)
- ② 支給決定件数は172件で前年度比22件の減。うち死亡件数は前年度比10件減の57件。(表1、図1)
- ③ 業種別(大分類)では、請求件数は「運輸業,郵便業」155件、「卸売業,小売業」105件、「卸売業,小売業」92件の順が多い。支給決定件数は「運輸業,郵便業」59件、「建設業」23件、「卸売業,小売業」22件の順に多い。(表5)
業種別(中分類)では、請求件数、支給決定件数ともに業種別(大分類)の「運輸業,郵便業」のうち「道路貨物運送業」124件、56件が最多。(支給決定件数-表7-1)
- ④ 職種別(大分類)では、請求件数は「輸送・機械運転従事者」161件、「専門的・技術的職業従事者」110件、「サービス職業従事者」と「建設・採掘従事者」78件の順が多い。支給決定件数は「輸送・機械運転従事者」54件、「専門的・技術的職業従事者」27件、「管理的作業従事者」19件の順に多い。(表5)
職種別(中分類)では、請求件数、支給決定件数

図1 脳・心臓疾患及び精神障害の労災補償状況



ともに職種別(大分類)の「輸送・機械運転従事者」のうち「自動車運転従事者」150件、53件が最多。(支給決定件数-表7-2)

- ⑤ 年齢別では、請求件数は「50～59歳」268件、「60歳以上」256件、「40～49歳」168件の順が多い。支給決定件数は「50～59歳」67件、「40～49歳」55件、「60歳以上」36件の順に多い。(表5)
- ⑥ 時間外労働時間別(1か月または2～6か月における1か月平均)支給決定件数は、「評価期間1か月」では「100時間以上～120時間未満」20件が最も多い。また、「評価期間2～6か月における1か月平均」では「80時間以上～100時間未満」56件が最も多い。(表9)

■精神障害に関する事案の労災補償状況

- ① 請求件数は2,346件で前年度比295件の増加。うち未遂を含む自殺の件数は前年度比16件増の171件。(表2、図1)
- ② 支給決定件数は629件で前年度比21件の増

加。うち未遂を含む自殺の件数は前年度比2件減の79件。(表2、図1)

- ③ 業種別(大分類)では、請求件数は「医療、福祉」577件、「製造業」352件、「卸売業、小売業」304件の順が多い。支給決定件数は「医療、福祉」142件、「製造業」105件、「卸売業、小売業」76件の順に多い。(表6)
業種別(中分類)では、請求件数、支給決定件数ともに業種別(大分類)の「医療、福祉」のうち「社会保険・社会福祉・介護事業」336件、82件が最多。(支給決定件数-表8-1)
- ④ 職種別(大分類)では、請求件数は「専門的・技術的職業従事者」599件、「事務従事者」512件、「サービス職業従事者」353件の順が多い。支給決定件数は「専門的・技術的職業従事者」145件、「事務従事者」106件、「サービス職業従事者」105件の順に多い。(表6)
職種別(中分類)では、請求件数、支給決定件数ともに職種別(大分類)の「事務従事者」のうち

特集/脳・心臓疾患、精神障害の労災認定

表1 脳・心臓疾患の労災補償状況(年度「合計」は2000～2021年度分の合計)

年度	脳血管疾患及び虚血性心疾患等											
	請求件数		決定件数		支給決定件数		不支給決定件数		認定率①	認定率②	認定率① 死亡	認定率② 死亡
		内死亡		内死亡		内死亡		内死亡				
2000	617				85	(45)			13.8%			
2001	690				143	(58)			20.7%			
2002	819	(355)	785	(379)	317	(160)	468	(219)	38.7%	40.4%	45.1%	42.2%
2003	742	(319)	708	(344)	314	(158)	394	(186)	42.3%	44.4%	49.5%	45.9%
2004	816	(335)	669	(316)	294	(150)	375	(166)	36.0%	43.9%	44.8%	47.5%
2005	869	(336)	749	(328)	330	(157)	419	(171)	38.0%	44.1%	46.7%	47.9%
2006	938	(315)	818	(303)	355	(147)	463	(156)	37.8%	43.4%	46.7%	48.5%
2007	931	(318)	856	(316)	392	(142)	464	(174)	42.1%	45.8%	44.7%	44.9%
2008	889	(304)	797	(313)	377	(158)	420	(155)	42.4%	47.3%	52.0%	50.5%
2009	767	(237)	709	(253)	293	(106)	416	(147)	38.2%	41.3%	44.7%	41.9%
2010	802	(270)	696	(272)	285	(113)	411	(159)	35.5%	40.9%	41.9%	41.5%
2011	898	(302)	718	(248)	310	(121)	408	(127)	34.5%	43.2%	40.1%	48.8%
2012	842	(285)	741	(272)	338	(123)	403	(149)	40.1%	45.6%	43.2%	45.2%
2013	784	(283)	683	(290)	306	(133)	377	(157)	39.0%	44.8%	47.0%	45.9%
2014	763	(242)	637	(245)	277	(121)	360	(124)	36.3%	43.5%	50.0%	49.4%
2015	795	(283)	671	(246)	251	(96)	420	(150)	31.6%	37.4%	33.9%	39.0%
2016	825	(261)	680	(253)	260	(107)	420	(146)	31.5%	38.2%	41.0%	42.3%
2017	840	(241)	664	(236)	253	(92)	411	(144)	30.1%	38.1%	38.2%	39.0%
2018	877	(254)	689	(217)	238	(82)	451	(135)	27.1%	34.5%	32.3%	37.8%
2019	936	(253)	684	(238)	216	(86)	468	(152)	23.1%	31.6%	34.0%	36.1%
2020	784	(205)	665	(211)	194	(67)	471	(144)	24.7%	29.2%	32.7%	31.8%
2021	753	(173)	525	(169)	172	(57)	353	(112)	22.8%	32.8%	32.9%	33.7%
合計	17,977				6,000	(2,479)			33.4%			

年度	脳血管疾患											
	請求件数		決定件数		支給決定件数		不支給決定件数		認定率①	認定率②	認定率① 死亡	認定率② 死亡
		内死亡		内死亡		内死亡		内死亡				
2012	526	(96)	466	(89)	211	(39)	255	(50)	40.1%	45.3%	40.6%	43.8%
2013	468	(88)	396	(97)	182	(43)	214	(54)	38.9%	46.0%	48.9%	44.3%
2014	475	(84)	387	(79)	166	(38)	221	(41)	34.9%	42.9%	45.2%	48.1%
2015	502	(103)	408	(89)	162	(39)	246	(50)	32.3%	39.7%	37.9%	43.8%
2016	518	(82)	428	(91)	154	(37)	274	(54)	29.7%	36.0%	45.1%	40.7%
2017	525	(79)	411	(77)	159	(32)	252	(45)	30.9%	38.7%	40.5%	41.6%
2018	550	(81)	427	(70)	142	(27)	285	(43)	25.8%	33.3%	33.3%	38.6%
2019	577	(87)	428	(84)	135	(27)	293	(57)	23.4%	31.5%	31.0%	32.1%
2020	499	(85)	404	(71)	113	(20)	291	(51)	22.6%	28.0%	23.5%	28.2%
2021	507	(66)	320	(52)	96	(10)	224	(42)	18.9%	30.0%	15.2%	19.2%
合計					3,736							

年度	虚血性心疾患等											
	請求件数		決定件数		支給決定件数		不支給決定件数		認定率①	認定率②	認定率① 死亡	認定率② 死亡
		内死亡		内死亡		内死亡		内死亡				
2012	316	(189)	275	(183)	127	(84)	148	(99)	40.2%	46.2%	44.4%	45.9%
2013	316	(195)	287	(193)	124	(90)	163	(103)	39.2%	43.2%	46.2%	46.6%
2014	288	(158)	250	(166)	111	(83)	139	(83)	38.5%	44.4%	52.5%	50.0%
2015	293	(180)	263	(157)	89	(57)	174	(100)	30.4%	33.8%	31.7%	36.3%
2016	307	(179)	252	(162)	106	(70)	146	(92)	34.5%	42.1%	39.1%	43.2%
2017	315	(162)	253	(159)	94	(60)	159	(99)	29.8%	37.2%	37.0%	37.7%
2018	327	(173)	262	(147)	96	(55)	166	(92)	29.4%	36.6%	31.8%	37.4%
2019	359	(166)	256	(154)	81	(59)	175	(95)	22.6%	31.6%	35.5%	38.3%
2020	285	(130)	261	(140)	81	(47)	180	(93)	28.4%	31.0%	36.2%	33.6%
2021	246	(107)	205	(117)	76	(47)	129	(70)	30.9%	37.1%	43.9%	40.2%
合計					2,264							

表2 精神障害の労災補償状況(年度「合計」は2000～2021年度分の合計)

年度	精神障害											
	請求件数		決定件数		支給決定件数		不支給決定件数		認定率①	認定率②	認定率① 自殺	認定率② 自殺
		内自殺		内自殺		内自殺		内自殺				
2000	212	(100)			36	(19)			17.0%		19.0%	
2001	265	(92)			70	(31)			26.4%		33.7%	
2002	341	(112)	296	(124)	100	(43)	196	(81)	29.3%	33.8%	38.4%	34.7%
2003	447	(122)	340	(113)	108	(40)	232	(73)	24.2%	31.8%	32.8%	35.4%
2004	524	(121)	425	(135)	130	(45)	295	(90)	24.8%	30.6%	37.2%	33.3%
2005	656	(147)	449	(106)	127	(42)	322	(64)	19.4%	28.3%	28.6%	39.6%
2006	819	(176)	607	(156)	205	(66)	402	(90)	25.0%	33.8%	37.5%	42.3%
2007	952	(164)	812	(178)	268	(81)	544	(97)	28.2%	33.0%	49.4%	45.5%
2008	927	(148)	862	(161)	269	(66)	593	(95)	29.0%	31.2%	44.6%	41.0%
2009	1,136	(157)	852	(140)	234	(63)	618	(77)	20.6%	27.5%	40.1%	45.0%
2010	1,181	(171)	1,061	(170)	308	(65)	753	(105)	26.1%	29.0%	38.0%	38.2%
2011	1,272	(202)	1,074	(176)	325	(66)	749	(110)	25.6%	30.3%	32.7%	37.5%
2012	1,257	(169)	1,217	(203)	475	(93)	742	(110)	37.8%	39.0%	55.0%	45.8%
2013	1,409	(177)	1,193	(157)	436	(63)	757	(94)	30.9%	36.5%	35.6%	40.1%
2014	1,456	(213)	1,307	(210)	497	(99)	810	(111)	34.1%	38.0%	46.5%	47.1%
2015	1,515	(199)	1,306	(205)	472	(93)	834	(112)	31.2%	36.1%	46.7%	45.4%
2016	1,586	(198)	1,355	(176)	498	(84)	857	(92)	31.4%	36.8%	42.4%	47.7%
2017	1,732	(221)	1,545	(208)	506	(98)	1,039	(110)	29.2%	32.8%	44.3%	47.1%
2018	1,820	(200)	1,461	(199)	465	(76)	996	(123)	25.5%	31.8%	38.0%	38.2%
2019	2,060	(202)	1,586	(185)	509	(88)	1,077	(97)	24.7%	32.1%	43.6%	47.6%
2020	2,051	(155)	1,906	(179)	608	(81)	1,298	(98)	29.6%	31.9%	52.3%	45.3%
2021	2,346	(171)	1,953	(167)	629	(79)	1,324	(88)	26.8%	32.2%	46.2%	47.3%
合計	25,964	(3,617)			7,275	(1,481)			28.0%		40.9%	

「一般事務従事者」373件、67件が最多(支給決定件数-表8-2)

- ⑤ 年齢別では、請求件数は「40～49歳」703件、「30～39歳」556件、「20～29歳」459件の順が多い。支給決定件数は「40～49歳」200件、「20～29歳」153件、「30～39歳」145件の順が多い(表6)
- ⑥ 時間外労働時間別(1か月平均)支給決定件数は「20時間未満」が73件で最も多く、次いで「80時間以上～100時間未満」が44件。(表10)
- ⑦ 出来事(※)別の支給決定件数は、「上司等から、身体的攻撃、精神的攻撃等のパワーハラスメントを受けた」125件、「仕事内容・仕事量の(大きな)変化を生じさせる出来事があった」71件、「悲惨な事故や災害の体験、目撃をした」66件の順が多い。(表13)

※「出来事」とは精神障害の発病に関与したと考えられる事象の心理的負荷の強度を評価するために、認定基準において、一定の事象を類型化したもの

■裁量労働制対象者に関する労災補償状況

令和3年度の裁量労働制対象者に関する脳・心臓疾患の支給決定件数は2件で、いずれも専門業務型裁量労働制対象者であった。また、精神障害の支給決定件数は7件で、専門業務型裁量労働制対象者6件、企画業務型裁量労働制対象者1件であった。(表4)

■新型コロナウイルス感染症に関連する(※)脳・心臓疾患の支給決定件数は4件、精神障害の支給決定件数は18件であった。

※請求人が業務で新型コロナウイルス感染症に関連する出来事などがあったと申し立てたもの。

■複数業務要因災害(※)に関する脳・心臓疾患の決定件数は8件(うち支給決定件数2件)で、精神障害の決定件数は0件(うち支給決定件数0件)であった。

※事業主が同一でない二以上の事業に同時に使用されている労働者について、全ての就業先での業務上の負荷を総合的に評価する

特集/脳・心臓疾患、精神障害の労災認定

表1-1 脳・心臓疾患の労災補償状況(女性) (年度「合計」は2011～2021年度分の合計)

年度	請求件数		決定件数		支給決定件数		不支給決定件数		認定率①	認定率②	認定率① 死亡	認定率② 死亡
	内死亡		内死亡		内死亡		内死亡					
2012	94	(18)	73	(15)	15	(3)	58	(12)	16.0%	20.5%	16.7%	20.0%
2013	81	(17)	67	(20)	8	(2)	59	(18)	9.9%	11.9%	11.8%	10.0%
2014	92	(17)	67	(14)	15	(3)	52	(11)	16.3%	22.4%	17.6%	21.4%
2015	83	(18)	68	(14)	11	(1)	57	(13)	13.3%	16.2%	5.6%	7.1%
2016	91	(14)	71	(16)	12	(3)	59	(13)	13.2%	16.9%	21.4%	18.8%
2017	120	(18)	95	(20)	17	(2)	78	(18)	14.2%	17.9%	11.1%	10.0%
2018	118	(18)	82	(15)	9	(2)	73	(13)	7.6%	11.0%	11.1%	13.3%
2019	121	(18)	78	(17)	10	(2)	68	(15)	8.3%	12.8%	11.1%	11.8%
2020	105	(18)	88	(17)	14	(4)	74	(13)	13.3%	15.9%	22.2%	23.5%
2021	124	(17)	67	(11)	9	(1)	58	(10)	7.3%	13.4%	5.9%	9.1%
合計	1,128		834		133		701		11.8%	15.9%		

表2-1 精神障害の労災補償状況(女性) (年度「合計」は2011～2021年度分の合計)

年度	請求件数		決定件数		支給決定件数		不支給決定件数		認定率①	認定率②	認定率① 死亡	認定率② 死亡
	内死亡		内死亡		内死亡		内死亡					
2012	482	(15)	418	(19)	127	(5)	291	(14)	26.3%	30.4%	33.3%	26.3%
2013	532	(13)	465	(12)	147	(2)	318	(10)	27.6%	31.6%	15.4%	16.7%
2014	551	(19)	462	(21)	150	(2)	312	(19)	27.2%	32.5%	10.5%	9.5%
2015	574	(15)	492	(16)	146	(3)	346	(13)	25.4%	29.7%	20.0%	18.8%
2016	627	(18)	497	(14)	168	(2)	329	(12)	26.8%	33.8%	11.1%	14.3%
2017	689	(14)	605	(14)	160	(4)	445	(10)	23.2%	26.4%	28.6%	28.6%
2018	788	(22)	582	(21)	163	(4)	419	(17)	20.7%	28.0%	18.2%	19.0%
2019	952	(16)	688	(17)	179	(4)	509	(13)	18.8%	26.0%	25.0%	23.5%
2020	999	(20)	887	(17)	256	(4)	631	(13)	25.6%	28.9%	20.0%	23.5%
2021	1,185	(15)	985	(20)	277	(4)	708	(16)	23.4%	28.1%	26.7%	20.0%
合計	7,813	(184)	6,456	(182)	1,873	(38)	4,583	(144)	24.0%	29.0%	20.7%	20.9%

ことにより傷病との間に因果関係が認められる災害。

コロナ関連・複数業務要因

「新型コロナウイルス感染症」に関連するデータの公表は2年目で、2020年度は、精神障害の支給決定件数が7件で、脳・心臓疾患はなかったものが、2021年度は合計で22件と、3倍に増加したことが注目され、詳しい情報の公表が望まれる。

「複数業務要因災害」は2020年9月1日から施行されたもので(同年8月21日に関連する認定基準の改正が行われている)、関連データの公表は今回が初めてである。

本誌で紹介するデータ

本誌では、今回公表されたデータだけでなく、過去に公表された関連データもできるだけ統合して

紹介している。脳・心臓疾患及び精神障害等については、2001年の脳・心臓疾患に係る認定基準の改正を受けて、2002年以降毎年5～6月に、前年度の労災補償状況が公表されるようになっていたが、それ以前に公表されたものもある(脳・心臓疾患では1987年度分から、精神障害では1983年度分から一部データあり)。一方で、公表内容は必ずしも同じものではない(表1及び表2の空欄は公表されなかった部分である)。

労災補償状況(請求・認定件数等)に関する表1及び表2の「合計」は2002～2021年度分の合計で、全年度分のデータがそろわない項目の「合計」は空欄とした。

なお、2010年5月7日からわが国の「職業病リスト」(労働基準法施行規則別表第1の2(第35条関係))が改訂されている。それまで、包括的救済認定と呼ばれる「第9号=その他業務に起因すること

の明らかな疾病」として扱われてきた脳・心臓疾患及び精神障害が、「業務との因果関係が医学経験則上確立したもの」として、各々新第8号、新第9号として、以下のように例示列举されたものである。これに伴い、旧第9号は第11号へと変更された。

新第8号－長期間にわたる長時間の業務その他血管病変等を著しく増悪させる業務による脳出血、くも膜下出血、脳梗塞、高血圧性脳症、心筋梗塞、狭心症、心停止（心臓性突然死を含む。）若しくは解離性大動脈瘤又はこれらの疾病に付随する疾病

新第9号－人の生命に関わる事故への遭遇その他心理的に過度の負担を与える事象を伴う業務による精神及び行動の障害又はこれに付随する疾病

脳・心臓疾患については、「第1号=業務上の負傷に起因する疾病」として扱われるものもあることから、過去に公表された2001年度以前分については、第1号と旧第9号を合わせた件数、及びそのうちの旧第9号の内数が示されていたのであるが、2002年度分以降の公表は、旧第9号（2010年度以降は新第8号）に関するものだけになっている。表1の「脳血管疾患」「虚血性心疾患等」も、旧第9号=新第8号に係るものみの数字である。

認定基準の改正経過

2011年12月26日に「心理的負荷による精神障害の認定基準」が策定され、1991年9月14日付け「心理的負荷による精神障害等の業務上外に係る判断指針」は廃止された。ここで、「判断指針の標題は『精神障害等』となっており、『等』は自殺を指すものとされていたが、従来より、自殺の業務起因性の判断の前提として、精神障害の業務起因性の判断を行っていたことから、この趣旨を明確にするため『等』を削除した」が、「実質的な変更はない」とされた。以降の厚生労働省の公表文書等においても、「精神障害等」から「精神障害」に変更されており、本誌もこれにしている。2021年12月7日から専門検討会において、2011年認定基準見直しの検討がはじまっているところである。

脳・心臓疾患の労災認定基準は、1961年2月13日

に「中枢神経及び循環器系疾患（脳卒中、急性心臓死等）の業務上外認定基準」として初めて策定され、1987年10月26日に改正されて「脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準」となり、その後、1995年及び2001年にも改正され（1995年の改正以降「負傷に起因するもの」は除かれた）、さらに2021年9月14日に改正されて「血管病変等を著しく増悪させる業務による脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準」となった（2021年10月号参照）。

請求・認定件数

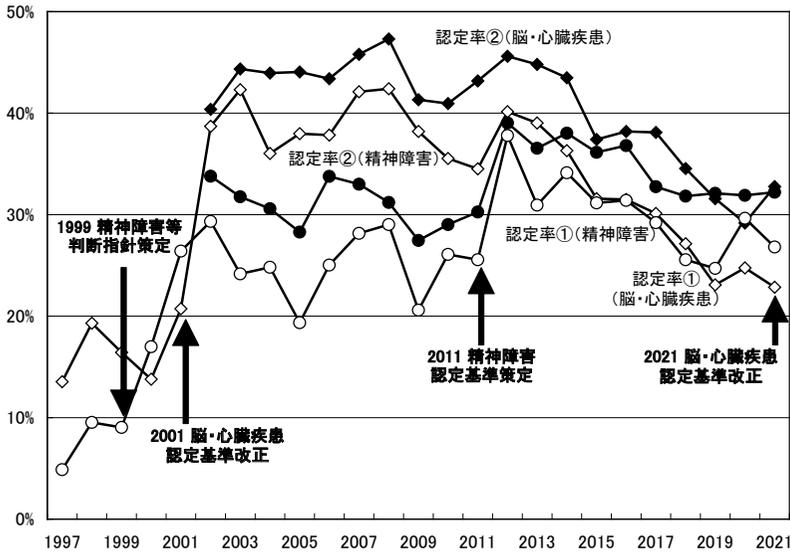
図1及び表2から、精神障害の請求件数が一貫して増加傾向にあることが一目瞭然である。2020年度はわずかに減少に転じたものの、2021年度は前年度比295件の増加で、2,346件であった。表2に含まれていないが、1993年度以前は1桁、1994～96年度が13～18件、1997年度41件、1998年度42件で、判断指針が策定された1999年度は155件だった。2000年度212件から増加を続け、2004年度に500件を超え、2009年度に1,000件、2019年度には2,000件を超えた。2021年度は、2000年度の11倍以上、認定基準が策定された2011年度（1,272件）と比較しても2倍近くになっている。

精神障害の認定件数も、請求件数の場合ほど急勾配ではないものの、増加傾向が確認でき、2021年度は前年度比21件の増加で629件と過去最高を更新した。表2に示されていない1998年度以前は0～4件、判断指針が策定された1999年度が14件で、それと比較すると45倍になる。2002年度には100件に達し、認定基準が策定された2011年度は325件で、それと比較しても2倍である。

精神障害については、1999年の判断指針の策定と2011年の認定基準の策定がともに、請求件数及び認定件数の増加につながったことが確認できる。

脳・心臓疾患の請求件数が判明しているのは1997年度以降で、1997年度539件、1998年度466件、1999年度493件で、2000年度以降は表1に示すとおり。図1も含めて確認すると、認定基準が改正された2001年度は690件で、2003年度にへこみがあるものの2006年度938件までは増加を続け、その後、2009年度767件を谷にして2011年度898件まで増

図2 脳・心臓疾患及び精神障害の認定率の推移



数字を計算している(表1及び表2参照)。

認定率①＝認定(支給決定)件数/請求件数
 認定率②＝認定(支給決定)件数/決定件数
 (支給決定件数+不支給決定件数)

もちろん認定率②の方が本来の「認定率」にふさわしいわけだが、これが計算できるようになったのは、2002年度以降分からである。図2に、脳・心臓疾患及び精神障害に係るふたつの認定率を示した。

脳・心臓疾患の認定率

②は、2001年の労災認定基準改正後、2002～14年度は40%を超えていた(最高は2008年度の47.3%)が、2015年度には最低を記録し(37.4%)、その後やや持ち直すも、2018年度34.5%、2019年度31.6%、2020年度29.2%と3年連続して過去最低を更新した。2021年度は32.8%に増加したが、これが認定基準改正の効果と言えるかどうかは慎重にみきわめる必要があろう。

精神障害の認定率②は、認定基準が策定された2011年度30.3%から2012年度には過去最高レベルの39.0%に増加。その後、2013～16年度は30%台後半を維持したものの、2017年度に32.8%と大きく減少、2018年度も31.8%とさらに減少、2019年度32.1%、2020年度31.9%、2021年度32.2%と、低いレベルにとどまっている。

脳・心臓疾患と精神障害を比較すると、脳・心臓疾患の認定率②のほうが精神障害の認定率②よりも高い時期が長く続き、両者の差は、大きいときには16%もあったものが次第に狭まって2016年度にはわずか1.4%にまで縮まった後、再び3.6%までひろがり、2018年度2.7%と推移したが、2019年度には0.5%とわずかながらついに両者が逆転してしまった。2020年度も逆転状況は続き、差は2.7%だったが、2021年度は再逆転し、差は0.6%であった。

加、2014年度763件を谷にして2019年度936件まで増加、以降2年連続の減少で、2021年度は753件まで下がった。これは、認定基準が改正された2001年度690件と2002年度819件の間の数字である。

脳・心臓疾患の認定件数は、表2に示されていない1987～94年度は18～34件、1995～99年度は31～90件。2000年度は85件で、認定基準が改正された2001年度143件、2002年317件と連続して増加し、2007年度392件までは微増傾向だったものの、その後2010年度285件まで減少した後、2012年度338件まで持ち直し、以降は減少し続けて、2021年度は172件まで下がった。これは、認定基準が改正された2001年度143件と2002年度317件の間の数字である。

脳・心臓疾患については、2021年9月14日に20年ぶりの労災認定基準改正が行われたにもかかわらず、請求件数及び認定件数とも減少がとまらず、かえって20年前の水準にまで下がってしまったということである。2022年度の動向に注目したいが、これまでのところ、この面での認定基準改正の効果はなかったと言わざるを得ない。

認定率

本誌では、「認定率」について、以下のふたつの

表3 脳・心臓疾患/精神障害の審査請求事案の取消決定等による支給決定状況(括弧内は女性の内数)

区分	年度	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
脳・心臓疾患	支給決定件数	10	11	13(1)	3(0)	12(1)	7(0)	6(0)	16(1)	6(0)	8(1)	8(1)	6(1)	15(0)
	うち死亡	6	6	9(1)	1(0)	8(0)	3(0)	5(0)	8(0)	4(0)	2(0)	6(1)	3(1)	5(0)
精神障害等	支給決定件数	13	15	20(5)	34(4)	12(2)	21(6)	21(4)	13(2)	7(0)	21(8)	8(1)	25(7)	22(6)
	うち自殺	11	7	10(2)	15(0)	5(0)	10(1)	13(0)	7(1)	7(0)	5(1)	2(0)	12(0)	5(0)

表4 脳・心臓疾患/精神障害のうち裁量労働制対象者に係る支給決定件数(死亡/自殺(未遂を含む)の内数)

区分	年度	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
脳・心臓疾患	支給決定件数	1(0)	4(1)	5(2)	8(1)	3(3)	1(0)	4(2)	1(1)	2(1)	1(1)	2(0)
	認定率	-	-	-	88.9%	42.9%	33.3%	66.7%	50.0%	66.7%	16.7%	50.0%
	専門業務型	1(0)	4(1)	5(2)	7(1)	3(3)	1(0)	4(2)	1(1)	2(1)	1(1)	2(0)
	企画業務型	0(0)	0(0)	0(0)	1(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
精神障害等	支給決定件数	2(0)	11(3)	10(0)	7(1)	8(3)	1(0)	10(5)	5(3)	7(0)	6(2)	7(2)
	認定率	-	-	-	87.5%	80.0%	50.0%	52.6%	50.0%	29.2%	26.1%	43.8%
	専門業務型	2(0)	11(3)	10(0)	6(1)	7(2)	1(0)	8(3)	5(3)	7(0)	5(2)	6(1)
	企画業務型	0(0)	0(0)	0(0)	1(0)	1(0)	0(0)	2(2)	0(0)	0(0)	0(0)	1(1)

審査請求等

2004年度分以降、「審査請求事案の取消決定等による支給決定状況」も公表されており、表3に示した。これは、「審査請求、再審査請求、訴訟により処分取消となったことに伴い新たに支給決定した事案」であって、表1及び表2の支給決定件数には含まれていないということである。

また、2015年の公表では、2014年度分のみに限定されていたが、初めて女性の内数データが追加された。これが一定拡大されて継続している。表1-1及び表2-1、表3の2011～2020年度分の括弧内のように、過去に遡って女性の内数データが示されたのである。これによって、「男女別」状況を一定検討できるようになっている。

しかし、1996～2002年度の7年分については、「疾患別」(精神障害については「国際疾病分類第10回修正第V章『精神及び行動の障害』の分類)データも公表されていたことを指摘して、「疾患別」データの公表再開も強くのぞみたい。

データ公表の一層の改善に関連しては、さらに、例えば、平均処理期間等の情報も求めたい。行政手続法で定めることを義務付けられている標準処理期間について、新第9号=精神障害に係る療養・休業・遺族補償給付及び葬祭料に関しては8か月とし、これ以外は他の疾病(包括的救済規定に係る

ものを除く)に係る標準処理期間と同様に6か月とすることとされている(包括的救済規定に係るものに関しては「定めない」と定められている)(2010年5月7日付け基発0507第3号)。

裁量労働制対象者・個人事業者等

さらに、2011年度分以降、「裁量労働制対象者に係る支給決定件数」も公表され、2014年度分以降は「決定件数」と「認定率」も追加されるようになった。死亡/自殺の内数も示されているが、男女別内訳はない(表4-決定件数は省略)。

なお、2022年6月28日に開催された第2回「個人事業者等に対する安全衛生対策のあり方に関する検討会」に、「労災保険特別加入者における過労死等の労災認定事案の特徴に関する研究(自営業者、法人役員、一人親方等の過労死等に関する医学研究)」が示されている(https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_26349.html)。

業種・職種・年齢・生死/自殺別

表5及び表6には、業種別、職種別、年齢別、生死/自殺別のデータを示した。請求件数・決定件数双方について示されているが、支給決定件数についてのデータのみを示す。脳・心臓疾患は1996年度分から、精神障害は1999年度分からデータがあるが、年度の「合計」欄には、2000～2021年度まで

の合計値を示した。これらも、2014年度分以降について、「男女別」データが利用できるようになってきているが、表5及び表6では、最下欄に2021年度分についての男性及び女性のデータを示した。

「業種別」について、2014年度末労災保険適用労働者数をもとに10万人当たりの2000～2021年度認定合計数を可能な範囲で試算してみた（表5及び表6「※1」「※2」欄）。業種分類が正しく対応しているか定かではないが、「農林漁業・鉱業」、脳・心臓疾患では「運輸業・郵便業」も、高さが際立っているように見え、さらなる分析が必要だろう。「職種別、年齢別、生死/自殺別、男女別」等も含めて、このような分析は意味があると考ええる。

業種・職種の区分名称は公表時期によって多少異なっている。業種区分は2003年度分から、「林業」、「漁業」、「鉱業」がひとくくり（現在は「農業・林業・漁業・鉱業・採掘業・砂利採取業」）になり、「電気・ガス・水道・熱供給業」の区分がなくなり、「その他の事業」が「情報通信業」、「宿泊業、飲食サービス業」、「上記以外の事業」に細分されるようになった。「上記以外の事業」に分類されているのは、「不動産業、他に分類されないサービス業などである」とされている。また、2009年度分から、「運輸業」は「運輸業、郵便業」とされている。

職種別では、区分名称の若干の変更に加えて、2010年度分から、「技能職」→「生産工程・労務作業者」とされていた区分が、「生産工程従事者」、「運搬・清掃・包装等従事者」、「建設・採掘従事者」の3つに区分されるようになったが、表5及び表6では「技能職」の表示で、上記3区分の合計値を掲載している。

また、2009年度分からは、「請求件数・支給決定件数の多い業種・職種（中分類・上位15）」が示されるようになったが、本誌では、表7及び表8に過去5年分の支給決定件数についてのデータのみを示す。空欄は、当該年度に上位15に該当しなかったためにデータがないことを意味しており、表7-1及び表8-1では紙幅の都合から、一部の年度について当該年度に上位15に該当したもので掲載できていない業種があることに注意していただきたい。2009年度以降10年間に支給決定件数の多い上位15

に該当したのは、脳・心臓疾患で44業種（表7-1+22業種）、40職種（表7-2+17職種）、精神障害で33業種（表8-1+9業種）、29職種（表7-2+8職種）である。上位を占める業種・職種がだいぶ特定されてきているように思われる。

これらも、2014年度分以降分について、「男女別」データが利用できるようになっているが、表7及び表8では示していない。

脳・心臓疾患の認定事由別

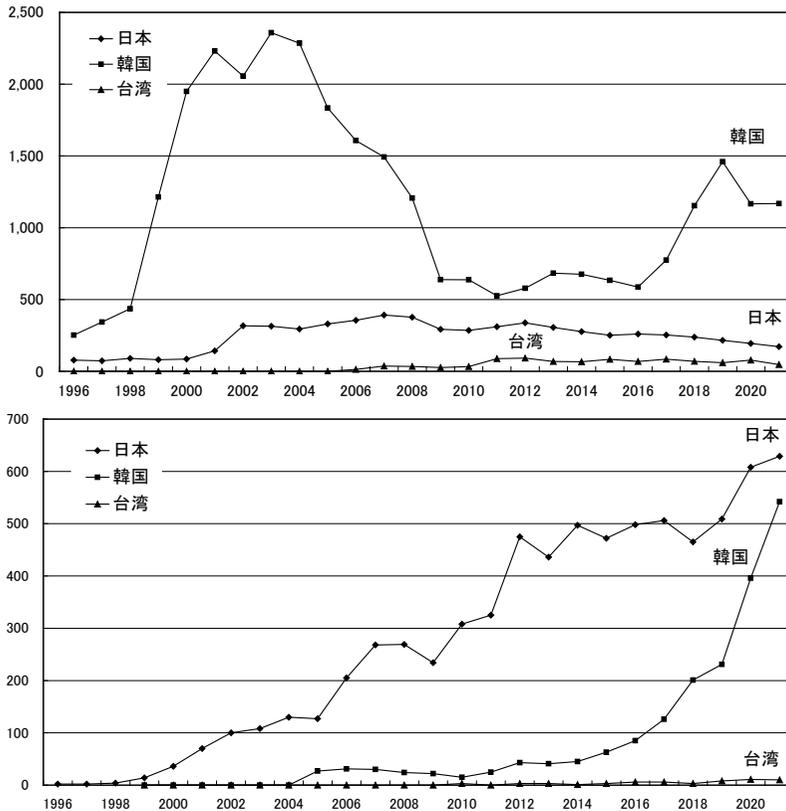
2007年度分からは、「1か月平均の時間外労働時間数別」支給決定件数が公表されている。

脳・心臓疾患については、2015年度分から、「評価期間1か月」のものと「評価期間2～6か月（1か月平均）」の内訳も示されるようになった。これによって、まず、「除かれた」「異常な出来事への遭遇」または「短期間の加重業務」により支給決定されたものを逆算できる。次に、「評価期間1か月」について100時間以上、「評価期間2～6か月」について1か月平均80時間以上のものであればそのことをもって支給決定されたものと推定できる。「『評価期間1か月』について100時間以上、『評価期間2～6か月』については80時間未満で支給決定した事案は、労働時間以外の負荷要因（不規則な勤務、拘束時間の長い勤務、出張の多い勤務、交替勤務・深夜勤務、精神的緊張を伴う業務）を認め、客観的かつ総合的に判断したもの」と注記されている。表9は、以上のようなかたち加工したデータを示した。

時間外労働時間別・就業形態別

精神障害についての表10は、発表されたかたちのままで、「合計」欄には、2007年度から2020年度までの合計値を示してある。注記したように、その他の件数は、「出来事による心理的負荷が極度であると認められる事案等、労働時間を調査するまでもなく明らかに業務上と判断した事案の件数」である。発症直前の1か月におおむね160時間を超えるような時間外労働は「極度の長時間労働」として認められる得る、また、出来事の前100時間程度となる時間外労働は「恒常的長時間労働」として心理的負荷の強度の総合評価を高め得る。

図3 日本・韓国・台湾の脳・心臓疾患(上)・精神障害(下)労災認定件数の推移



ハラスメント」が新たに追加されている。

しかし、「8 特別な出来事」は「心理的負荷が極度のもの等」とされるが、表10の「その他」と同じだとしたら、「極度の長時間労働」または「恒常的長時間労働」によって認定された事案の件数は、この表からはわからない。

都道府県別

「都道府県別」のデータについては、表14～15を参照されたい。支給決定件数の「合計」欄には、2000年度から2021年度までの合計値を示してある。2015年度末労災保険適用労働者数をもとに10万人当たりの2000～2021年度認定合計数も計算してみた。2009年度

「就業形態別」決定及び支給決定件数も2009年度分から公表されており、表11及び表12に示した。「合計」欄には、2009年度から2021年度までの合計値を示してある。

表9～12のいずれについても、2014年度分以降6年分について、「男女別」データが利用できるようになったが、本誌では示していない。

精神障害の認定事由別

さらに、前出の精神障害の労災認定の基準に関する専門検討会に2009年度分データが提供された「精神障害の出来事別決定及び支給決定件数」の公表が継続されており(表13)、これも、2014年度分以降6年分について、「男女別」データが利用できるようになった(表13-1に、「男女別」の2020年度分及び「合計」データを示した)。

具体的な出来事として、2020年度に「5 パワー

以降、都道府県別の決定件数が公表されるようになり、認定率②が計算できるようになった。認定率②の「平均」は、2009～2021年度の平均認定率である。「都道府県別」データも、2014年度以降分について、「男女別」データが利用できるようになったが、表14～15では示していない。この間、全国安全センターでは、都道府県別の認定率のばらつき=認定率の低い都道府県における改善の必要性を提起しているところであり、より詳細な情報公表及び分析が求められる。

日韓台の比較

参考に、日本・韓国・台湾3か国の脳・心臓疾患、精神障害の労災認定件数を示す(2021年度の韓国の精神障害は肝疾患等を含めた数字)。人口がおおむね韓国は日本の半分弱、台湾は韓



特集/脳・心臓疾患、精神障害の労災認定

表5 脳・心臓疾患の認定事例の分析(年度「合計」は2000～2021年度分の合計、男女別は2021年度)

1 業種別

年度	農業、林業、漁業、鉱業、採石業、砂利採取業		製造業		建設業		運輸業、郵便業		卸売業、小売業		金融業、保険業	教育、学習支援業	医療、福祉	情報通信業	宿泊業、飲食サービス業	上記以外	左6業種計	合計	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数
2012	7	2.1%	42	12.4%	38	11.2%	91	26.9%	49	14.5%	1	5	11	15	24	55	32.8%	338	100%
2013	2	0.7%	36	11.8%	27	8.8%	107	35.0%	38	12.4%	1	5	8	7	20	55	31.4%	306	100%
2014	5	1.8%	31	11.2%	28	10.1%	92	33.2%	35	12.6%	2	6	6	9	24	39	31.0%	277	100%
2015	1	0.4%	34	13.5%	28	11.2%	96	38.2%	35	13.9%	2	0	5	11	22	17	22.7%	251	100%
2016	5	1.9%	41	15.8%	18	6.9%	97	37.3%	29	11.2%	1	3	10	9	20	27	26.9%	260	100%
2017	3	1.2%	24	9.5%	17	6.7%	99	39.1%	35	13.8%	0	3	2	6	28	36	29.6%	253	100%
2018	4	1.7%	28	11.8%	14	5.9%	94	39.5%	24	10.1%	1	2	6	4	32	29	31.1%	238	100%
2019	6	2.8%	22	10.2%	17	7.9%	68	31.5%	32	14.8%	1	2	5	5	21	37	32.9%	216	100%
2020	5	2.6%	17	8.8%	27	13.9%	58	29.9%	38	19.6%	0	2	8	2	15	22	25.3%	194	100%
2021	3	1.7%	23	13.4%	17	9.9%	59	34.3%	22	12.8%	2	1	6	4	7	28	27.9%	172	100%
合計	68	1.1%	856	14.3%	600	10.0%	1,766	29.4%	943	15.7%	46	82	160		1,479	29.5%	6,000	100%	
※1	113,027		8,535,606		4,842,172		2,830,145		14,163,147		1,883,480			23,040,596			55,408,173		
※2	60.16		10.03		12.39		62.40		6.66		2.44					7.47		11.41	
男性	3	1.8%	23	14.1%	17	10.4%	58	35.6%	20	12.3%	2	1	4	2	6	27	25.8%	163	100%
女性	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	11.1%	2	22.2%	0	0	2	2	1	1	66.7%	9	100%

注) 業種については、「日本産業分類」により分類。 ※1: 労災保険適用労働者数(2014年度末) ※2: 適用労働者10万人当たり認定合計数(2000～2021年度)

2 職種別

年度	専門技術職	管理職	事務職	販売職	サービス	運輸・通信職	技能職	その他	合計									
2012	62	18.3%	26	7.7%	30	8.9%	39	11.5%	36	10.7%	86	25.4%	43	12.7%	16	4.7%	338	100.0%
2013	37	12.1%	27	8.8%	26	8.5%	38	12.4%	27	8.8%	95	31.0%	47	15.4%	9	2.9%	306	100.0%
2014	44	15.9%	37	13.4%	15	5.4%	26	9.4%	30	10.8%	88	31.8%	28	10.1%	9	3.2%	277	100.0%
2015	33	13.1%	27	10.8%	15	6.0%	34	13.5%	20	8.0%	88	35.1%	30	12.0%	4	1.6%	251	100.0%
2016	30	11.5%	26	10.0%	10	3.8%	23	8.8%	23	8.8%	90	34.6%	50	19.2%	8	3.1%	260	100.0%
2017	25	9.9%	22	8.7%	15	5.9%	29	11.5%	36	14.2%	89	35.2%	23	9.1%	14	5.5%	253	100.0%
2018	21	8.8%	20	8.4%	15	6.3%	15	6.3%	33	13.9%	88	37.0%	32	13.4%	14	5.9%	238	100.0%
2019	26	12.0%	20	9.3%	6	2.8%	21	9.7%	26	12.0%	68	31.5%	36	16.7%	13	6.0%	216	100.0%
2020	27	13.9%	12	6.2%	13	6.7%	23	11.9%	23	11.9%	60	30.9%	30	15.5%	6	3.1%	194	100.0%
2021	27	15.7%	19	11.0%	7	4.1%	18	10.5%	10	5.8%	54	31.4%	26	15.1%	11	6.4%	172	100.0%
合計	837	14.0%	778	13.0%	560	9.3%	605	10.1%	539	9.0%	1,670	27.8%	770	12.8%	241	4.0%	6,000	100.0%
男性	23	14.1%	19	11.7%	5	3.1%	17	10.4%	9	5.5%	54	33.1%	25	15.3%	11	6.7%	163	100.0%
女性	4	44.4%	0	0.0%	2	22.2%	1	11.1%	1	11.1%	0	0.0%	1	11.1%	0	0.0%	9	100.0%

注) 職種については、「日本標準職業分類」により分類。

3 年齢別

4 生死別

5 男女別

年度	29歳以下	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60歳以上	生存	死亡	男性	女性									
2012	9	2.7%	56	16.6%	113	33.4%	118	34.9%	42	12.4%	215	63.6%	123	36.4%	323	95.6%	15	4.4%
2013	13	4.2%	43	14.1%	92	30.1%	108	35.3%	50	16.3%	173	56.5%	133	43.5%	298	97.4%	8	2.6%
2014	7	2.5%	39	14.1%	93	33.6%	111	40.1%	27	9.7%	156	56.3%	121	43.7%	262	94.6%	15	5.4%
2015	6	2.4%	36	14.3%	80	31.9%	91	36.3%	38	15.1%	155	61.8%	96	38.2%	240	95.6%	11	4.4%
2016	4	1.5%	34	13.1%	90	34.6%	99	38.1%	33	12.7%	153	58.8%	107	41.2%	249	95.8%	11	4.2%
2017	3	1.2%	24	9.5%	97	38.3%	97	38.3%	32	12.6%	161	63.6%	92	36.4%	236	93.3%	17	6.7%
2018	4	1.6%	20	7.9%	85	33.6%	88	34.8%	41	16.2%	171	67.6%	82	32.4%	244	96.4%	9	3.6%
2019	1	0.5%	15	6.9%	67	31.0%	91	42.1%	42	19.4%	130	60.2%	86	39.8%	206	95.4%	10	4.6%
2020	4	2.1%	17	8.8%	64	33.0%	65	33.5%	44	22.7%	127	65.5%	67	34.5%	180	92.8%	14	7.2%
2021	5	2.9%	9	5.2%	55	32.0%	67	39.0%	36	20.9%	115	66.9%	57	33.1%	163	94.8%	9	5.2%
合計	189	3.2%	845	14.1%	1,864	31.1%	2,294	38.2%	808	13.5%	3,521	58.7%	2,479	41.3%	3,199	53.3%	161	2.7%
男性	5	3.1%	9	5.5%	52	31.9%	65	39.9%	32	19.6%	107	65.6%	56	34.4%	163	100%		
女性	0	0.0%	0	0.0%	3	33.3%	2	22.2%	4	44.4%	8	88.9%	1	11.1%			9	100%

表6 精神障害の認定事例の分析(年度「合計」は2000～2021年度分の合計、男女別は2021年度)

1 業種別

年度	農業、林業、漁業、鉱業、採石業、砂利採取業	製造業	建設業	運輸業、郵便業	卸売業、小売業	金融業、保険業	教育、学習支援業	医療、福祉	情報通信業	宿泊業、飲食サービス業	上記以外の事業	左6業種計	合計
2012	7 1.5%	93 19.6%	22 4.6%	52 10.9%	66 13.9%	12 13	52 35	30 93	49.5%	475	100%		
2013	7 1.6%	78 17.9%	34 7.8%	45 10.3%	65 14.9%	15 13	54 22	24 79	47.5%	436	100%		
2014	6 1.2%	81 16.3%	37 7.4%	63 12.7%	71 14.3%	7 10	60 32	38 92	48.1%	497	100%		
2015	6 1.3%	71 15.0%	36 7.6%	57 12.1%	65 13.8%	14 19	47 30	29 98	50.2%	472	100%		
2016	7 1.4%	91 18.3%	54 10.8%	45 9.0%	57 11.4%	11 10	80 27	33 83	49.0%	498	100%		
2017	3 0.6%	87 17.2%	51 10.1%	62 12.3%	65 12.8%	10 8	82 34	33 71	47.0%	506	100%		
2018	2 0.4%	82 17.6%	45 9.7%	51 11.0%	68 14.6%	8 13	70 23	27 76	46.7%	465	100%		
2019	3 0.6%	90 17.7%	41 8.1%	50 9.8%	74 14.5%	6 12	78 31	48 76	49.3%	509	100%		
2020	8 1.3%	100 16.4%	43 7.1%	63 10.4%	63 10.4%	12 11	148 27	39 94	49.3%	509	100%		
2021	6 1.0%	106 16.9%	37 5.9%	67 10.7%	76 12.1%	13 20	142 27	39 96	53.6%	629	100%		
合計	72 1.0%	1,300 17.9%	628 8.6%	766 10.5%	971 13.3%	190 193	1,056 2,099	48.6%	7,275	100%			
※1	113,027	8,535,606	4,842,172	2,830,145	14,163,147	1,883,480	23,040,596	55,408,173					
※2	63.70	15.23	12.97	27.07	6.86	10.09	14.53	13.16					
男性	4 1.1%	89 25.3%	31 8.8%	55 15.6%	36 10.2%	4 9	35 14	26 49	38.9%	352	100%		
女性	2 0.7%	17 6.1%	6 2.2%	12 4.3%	40 14.4%	9 11	107 13	13 47	72.2%	277	100%		

注) 業種については、「日本産業分類」により分類。 ※1: 労災保険適用労働者数(2014年度末) ※2: 適用労働者10万人当たり認定合計数(2000～2021年度)

2 職種別

年度	専門技術職	管理職	事務職	販売職	サービス	運輸・通信職	技能職	その他	合計
2012	117 24.6%	26 5.5%	101 21.3%	54 11.4%	57 12.0%	33 6.9%	82 17.3%	5 1.1%	475 100.0%
2013	104 23.9%	18 4.1%	86 19.7%	42 9.6%	51 11.7%	30 6.9%	90 20.6%	15 3.4%	436 100.0%
2014	110 22.1%	49 9.9%	99 19.9%	53 10.7%	63 12.7%	31 6.2%	86 17.3%	6 1.2%	497 100.0%
2015	114 24.2%	44 9.3%	93 19.7%	48 10.2%	53 11.2%	37 7.8%	73 15.5%	10 2.1%	472 100.0%
2016	115 23.1%	30 6.0%	81 16.3%	63 12.7%	64 12.9%	32 6.4%	102 20.5%	11 2.2%	498 100.0%
2017	130 25.7%	40 7.9%	66 13.0%	50 9.9%	70 13.8%	42 8.3%	105 20.8%	3 0.6%	506 100.0%
2018	118 25.4%	34 7.3%	59 12.7%	62 13.3%	59 12.7%	40 8.6%	87 18.7%	6 1.3%	465 100.0%
2019	137 26.9%	29 5.7%	79 15.5%	60 11.8%	81 15.9%	38 7.5%	78 15.3%	7 1.4%	509 100.0%
2020	173 28.5%	29 4.8%	83 13.7%	65 10.7%	91 15.0%	43 7.1%	112 18.4%	12 2.0%	608 100.0%
2021	145 23.1%	39 6.2%	106 16.9%	77 12.2%	105 16.7%	47 7.5%	100 15.9%	10 1.6%	629 100.0%
合計	1,844 25.3%	554 7.6%	1,217 16.7%	818 11.2%	889 12.2%	535 7.4%	1,296 17.8%	122 1.7%	7,275 100.0%
男性	65 18.5%	36 10.2%	40 11.4%	38 10.8%	40 11.4%	45 12.8%	81 23.0%	7 2.0%	352 100.0%
女性	80 4.0%	3 1.1%	66 23.8%	39 14.1%	65 23.5%	2 0.7%	19 6.9%	3 1.1%	277 100.0%

注) 職種については、「日本標準職業分類」により分類。

3 年齢別

年度	29歳以下	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60歳以上	自殺	自殺以外	男性	女性
2012	107 22.5%	149 31.4%	146 30.7%	50 10.5%	23 4.8%	93 19.6%	382 80.4%	348 73.3%	127 26.7%
2013	81 18.6%	161 36.9%	106 24.3%	69 15.8%	19 4.4%	157 36.0%	279 64.0%	289 66.3%	147 33.7%
2014	113 22.7%	138 27.8%	140 28.2%	86 17.3%	20 4.0%	99 19.9%	398 80.1%	347 69.8%	150 30.2%
2015	89 18.9%	137 29.0%	147 31.1%	85 18.0%	14 3.0%	93 19.7%	379 80.3%	326 69.1%	146 30.9%
2016	116 23.3%	136 27.3%	144 28.9%	82 16.5%	20 4.0%	84 16.9%	414 83.1%	352 70.7%	146 29.3%
2017	120 23.7%	131 25.9%	158 31.2%	82 16.2%	15 3.0%	98 19.4%	408 80.6%	346 68.4%	160 31.6%
2018	98 21.1%	122 26.2%	145 31.2%	81 17.4%	19 4.1%	76 16.3%	389 83.7%	302 64.9%	163 35.1%
2019	98 21.1%	122 26.2%	145 31.2%	81 17.4%	19 4.1%	76 16.3%	389 83.7%	286 61.5%	179 38.5%
2020	139 22.9%	169 27.8%	174 28.6%	103 16.9%	23 3.8%	81 13.3%	527 86.7%	352 57.9%	256 42.1%
2021	159 25.3%	145 23.1%	200 31.8%	100 15.9%	25 4.0%	79 12.6%	550 87.4%	352 56.0%	277 44.0%
合計	1,649 22.7%	2,127 29.2%	1,997 27.5%	1,166 16.0%	336 4.6%	1,563 21.5%	5,712 78.5%	3,695 50.8%	1,931 26.5%
男性	75 21.3%	76 21.6%	129 36.6%	60 17.0%	12 3.4%	75 21.3%	277 78.7%	352 100%	
女性	84 30.3%	69 24.9%	71 25.6%	40 14.4%	13 4.7%	4 1.4%	273 98.6%		277 100%

4 自殺事例

5 男女別(2003～10年度欠)

特集/脳・心臓疾患、精神障害の労災認定

表7-1 脳・心臓疾患の支給決定件数の多い22業種(中分類、上位15業種、2009～2020年度のみ該当の22業種省略)

業種(大分類)	業種(中分類)	2021年度		2020年度		2019年度		2018年度		2017年度	
		順位	件数								
運輸業、郵便業	道路貨物運送業	1	56	1	55	1	61	1	83	1	85
建設業	総合工事業	2	11	3	12	5	10	6	7	6	8
サービス業(他に分類されないもの)	その他の事業サービス業	3	9	6	7	2	15	3	10	3	16
卸売・小売業	その他の小売業	4	6	15	3					14	3
医療、福祉	医療業	5	5			12	4	12	4		
宿泊業、飲食サービス業	飲食店	5	5	5	8	3	13	2	24	2	19
製造業	輸送用機械器具製造業	5	5					12	4	14	3
卸売業、小売業	各種商品小売業	8	4	10	5					10	5
卸売業、小売業	飲食料品小売業	8	4								
建設業	識別工事業(設備工事業を除く)	8	4	12	4	15	3				
生活関連サービス業、娯楽業	娯楽業	8	4			15	3				
製造業	金属製品製造業	8	4			15	3	6	7		
卸売業、小売業	機械器具小売業	13	3	10	5					14	3
学術研究、専門・技術サービス業	専門サービス業(他に分類されないもの)	13	3								
情報通信業	情報サービス業	13	3			15	3	12	4		
卸売業、小売業	飲食料品小売業			2	16	4	11	9	6	4	11
建設業	設備工事業			4	11	12	4	6	7	8	6
宿泊業、飲食サービス業	宿泊業			7	6	9	6	10	5	6	8
製造業	食料品製造業			7	6	6	7	10	5	12	4
医療、福祉	社会保険・社会福祉・介護事業			7	6						
製造業	電気機械器具製造業			12	4	15	3	15	3	8	6
卸売業、小売業	飲食料品卸売業			12	4	15	3	5	8		

表7-2 脳・心臓疾患の支給決定件数の多い23職種(中分類、上位15職種、2009～2019年度のみ該当の17職種省略)

職種(大分類)	職種(中分類)	2021年度		2020年度		2019年度		2018年度		2017年度	
		順位	件数								
輸送・機械運転従事者	自動車運転従事者	1	53	1	58	1	67	1	85	1	89
管理的職業従事者	法人・団体管理職員	2	15	5	10	2	15	3	16	2	21
専門的・技術的職業従事者	建築・土木・測量技術者	3	11	3	14	4	13	6	10	7	10
販売従事者	営業職業従事者	3	11	10	4	7	8	9	7	4	14
販売従事者	商品販売従事者	5	7	2	19	4	13	8	8	4	14
保安職業従事者	その他の保安職業従事者	5	7			7	8	6	10	6	11
運搬・清掃・包装等従事者	運搬従事者	7	5	10	4	6	11	4	13	10	6
サービス職業従事者	飲食物調理従事者	7	5	4	11	3	14	2	20	3	18
サービス職業従事者	接客・給仕職業従事者	7	5	7	7	9	6	5	11	7	10
生産工程従事者	製品製造・加工処理従事者(金属製品を除く)	7	5	13	3	9	6	11	5	10	6
専門的・技術的職業従事者	情報処理・通信技術者	7	5			14	3			13	4
運搬・清掃・包装等従事者	清掃従事者	12	4			11	5				
事務従事者	一般事務従事者	12	4	8	5	14	3	13	4	13	4
専門的・技術的職業従事者	医師、歯科医師、獣医師、薬剤師	12	4			11	5				
管理的職業従事者	法人・団体役員	15	3					13	4		
建設・採掘従事者	建設従事者(建設躯体工事従事者を除く)	15	3	13	3	14	3			15	3
生産工程従事者	機械整備・修理従事者			6	8						
建設・採掘従事者	電気工事従事者			8	5						
事務従事者	営業・販売事務従事者			10	4			10	6		
専門的・技術的職業従事者	製造技術者(開発)			13	3					12	5
サービス職業従事者	介護サービス従事者			13	3						
建設・採掘従事者	土木作業従事者			13	3						
管理的職業従事者	その他の管理的職業従事者					13	4				

表8-1 精神障害の支給決定件数の多い24業種(中分類、上位15業種、2009～2018年度のみ該当の9業種省略)

業種(大分類)	業種(中分類)	2020年度		2019年度		2018年度		2017年度		2016年度	
		順位	件数								
医療、福祉	社会保険・社会福祉・介護事業	1	82	1	79	1	48	2	35	2	41
医療、福祉	医療業	2	59	2	69	2	30	2	35	2	41
運輸業、郵便業	道路貨物運送業	3	47	3	32	3	29	1	37	1	45
宿泊業、飲食サービス業	飲食店	4	29	5	23	4	28	5	20	6	21
専門サービス業(他に分類されないもの)	その他の事業サービス業	5	22	6	15	10	12	13	11		
建設業	総合工事業	5	22	4	27	4	28	4	23	4	25
情報通信業	情報サービス業	7	17	11	13	7	16	7	18	7	19
教育、学習支援業	学校教育	8	16								
製造業	輸送用機械器具製造業	9	15	6	15	9	13	13	11	10	12
卸売業、小売業	機械器具小売業	10	13			14	10	6	19		
学術研究、専門・技術サービス業	専門サービス業(他に分類されないもの)	10	13								
卸売業、小売業	その他の小売業	12	12	15	11	8	15	10	13	11	10
卸売業、小売業	飲食料品小売業	12	12	12	12						
製造業	金属製品製造業	12	12	9	14	11	11	11	12		
製造業	電気機械器具製造業	15	10	6	15					13	9
製造業	生産用機械器具製造業	15	10								
宿泊業、飲食サービス業	宿泊業			9	14	6	18			11	10
運輸業、郵便業	道路旅客運送業			12	12	14	10				
サービス業(他に分類されないもの)	廃棄物処理業			12	12						
卸売業、小売業	各種商品小売業					11	11			8	16
情報通信業	映像・音声・文字情報制作業					11	11			13	9
製造業	食料品製造業					14	10	8	17	9	14
学術研究、専門・技術サービス業	技術サービス業(他に分類されないもの)					14	10	11	12	15	8
建設業	設備工事業							9	15	5	23

表8-2 精神障害の支給決定件数の多い21職種(中分類、上位15職種、2009～2017年度のみ該当の8職種省略)

職種(大分類)	職種(中分類)	2020年度		2019年度		2018年度		2017年度		2016年度	
		順位	件数								
事務作業	一般事務従事者	1	67	1	57	1	49	1	41	1	48
サービス職業従事者	介護サービス職業従事者	2	47	3	37	6	26	8	20	11	20
販売従事者	営業職業従事者	3	44	4	35	7	25	2	38	4	28
輸送・機械運転従事者	自動車運転従事者	4	41	5	34	2	36	3	35	2	38
専門的・技術的職業従事者	保健師、授産師、看護師	5	36	2	45	13	15	7	22	10	21
販売従事者	商品販売従事者	6	33	6	30	3	33	5	23	6	22
管理的職業従事者	法人・団体管理職員	7	29	8	23	8	24	4	32	3	35
生産工程従事者	製品製造・加工処理従事者(金属製品を除く)	8	28	13	15	9	23	9	19	6	22
サービス職業従事者	接客・給仕職業従事者	9	27	9	19	4	29	11	16		
サービス職業従事者	飲食物調理従事者	10	19	11	17	10	18	12	13	6	22
専門的・技術的職業従事者	社会福祉専門職業従事者	11	18	7	27	12	16				
事務従事者	会計事務従事者	12	17								
専門的・技術的職業従事者	建築・土木・測量技術者	13	16	10	18	5	27	5	23	6	22
運搬・清掃・包装等従事者	運搬従事者	14	15	12	16						
生産工程従事者	製品製造・加工処理従事者(金属製品)	15	14	13	15	15	13	12	13		
専門的・技術的職業従事者	製造技術者(開発)			13	15	15	13				
専門的・技術的職業従事者	製造技術者(開発を除く)					11	17	14	11		
専門的・技術的職業従事者	情報処理・通信技術者					13	15	10	17	5	23
運搬・清掃・包装等従事者	清掃従事者							14	11		
建設・採掘従事者	電気工事従事者									12	18
サービス職業従事者	接客・給仕職業従事者									13	17

特集/脳・心臓疾患、精神障害の労災認定

表9 脳・心臓疾患の時間外労働時間数別支給決定件数(年度「合計」は2015～2021年度の合計)

区分	2017年度		2018年度		2019年度		2020年度		2021年度		合計	割合	死亡 合計	割合
	うち死亡	うち死亡	うち死亡	うち死亡	うち死亡	うち死亡	うち死亡	うち死亡						
異常な出来事への遭遇または短期間の加重業務	4	2	15	2	16	3	16	7	16	5	93	5.9%	22	3.7%
評価期間1か月で100時間以上	86	29	97	33	66	29	54	15	35	13	496	31.3%	170	29.0%
評価期間2～6か月で1か月平均80時間以上	145	54	108	39	108	46	103	40	85	26	834	52.7%	334	56.9%
上記以外(労働時間以外の 負荷要因を認めたもの)	18	7	18	8	26	8	21	5	36	13	161	10.2%	61	10.4%
合計	253	92	238	82	216	86	194	67	172	57	1,584	100%	587	100%

注1 厚生労働省発表データを編集部で加工したものの。

表10 精神障害の時間外労働時間数(1か月平均)別支給決定件数(年度「合計」は2007～2021年度の合計)

区分	2017年度		2018年度		2019年度		2020年度		2021年度		合計	割合	自殺 合計	割合
	うち自殺	うち自殺	うち自殺	うち自殺	うち自殺	うち自殺	うち自殺	うち自殺						
20時間未満	75	7	82	8	68	8	68	3	73	8	1,116	17.2%	83	6.9%
20時間以上～40時間未満	35	10	30	4	33	5	40	7	31	6	434	6.7%	87	7.3%
40時間以上～60時間未満	35	10	37	8	31	8	45	11	24	6	412	6.3%	106	8.9%
60時間以上～80時間未満	33	10	27	6	35	8	26	13	38	8	340	5.2%	108	9.0%
80時間以上～100時間未満	33	11	30	9	29	10	28	12	44	14	404	6.2%	135	11.3%
100時間以上～120時間未満	41	12	61	16	63	19	56	10	41	7	693	10.7%	211	17.7%
120時間以上～140時間未満	35	10	34	10	45	13	24	6	28	7	462	7.1%	132	11.0%
140時間以上～160時間未満	26	9	17	5	9	1	12	6	10	3	237	3.6%	67	5.6%
160時間以上	49	12	35	6	36	7	30	6	35	6	532	8.2%	152	12.7%
その他	144	7	112	4	160	9	279	7	305	14	1,869	28.8%	114	9.5%
合計	506	98	465	76	509	88	608	81	629	79	6,499	100%	1,195	100%

注1 その他の件数は、出来事による心理的負荷が極度であると認められる事案等、労働時間を調査するまでもなく明らかに業務上と判断した事案の件数である。

2 発症直前の1か月におおむね160時間を超えるような時間外労働は「極度の長時間労働」として認められる得る(編集部)。

3 出来事の前後100時間程度となる時間外労働は「恒常的長時間労働」として心理的負荷の強度の総合評価を高め得る(編集部)。

表11 脳・心臓疾患の就業形態別決定及び支給決定件数(「支給決定件数合計」は2009～2021年度の合計)

区分	年度	2019年度				2020年度				2021年度				支給決定 件数 合計	割合	うち 死亡 合計	割合
		決定件数		支給決定件数		決定件数		支給決定件数		決定件数		支給決定件数					
		うち死亡	うち死亡														
正規職員・従業員	520	199	193	79	513	165	171	59	423	146	153	52	3,139	92.7%	1,224	94.0%	
契約社員	23	6	3	1	18	8	2	1	25	6	8	2	36	1.1%	9	0.6%	
派遣労働者	20	6	2	1	13	4	0	0	4	3	2	1	29	0.9%	10	0.7%	
パート・アルバイト	59	13	8	1	59	15	6	2	35	4	2	0	67	2.0%	20	1.6%	
その他(特別加入者等)	52	14	10	4	62	19	15	5	38	10	7	2	117	3.5%	41	3.1%	
合計	674	238	216	86	665	211	194	67	525	169	172	57	3,388	100%	1,304	100%	

表12 精神障害の就業形態別決定及び支給決定件数(「支給決定件数合計」は2009～2021年度の合計)

区分	年度	2019年度				2020年度				2021年度				支給決定 件数 合計	割合	うち 自殺 合計	割合
		決定件数		支給決定件数		決定件数		支給決定件数		決定件数		支給決定件数					
		うち自殺	うち自殺	うち自殺	うち自殺	うち自殺	うち自殺	うち自殺	うち自殺	うち自殺	うち自殺						
正規職員・従業員	1,304	170	449	81	1,551	166	527	75	1,524	154	521	76	5,258	88.3%	992	94.7%	
契約社員	87	4	15	2	102	3	24	2	120	3	24	0	186	3.1%	15	1.4%	
派遣労働者	48	2	10	1	61	3	11	1	88	3	14	0	100	1.7%	11	1.0%	
パート・アルバイト	130	6	32	2	157	2	38	0	192	3	62	0	345	5.8%	11	1.0%	
その他(特別加入者等)	17	3	3	2	35	5	8	3	29	4	8	3	67	1.1%	19	1.8%	
合計	1,586	185	509	88	1,906	179	608	81	1,953	167	629	79	5,956	100%	1,048	100%	

表13 精神障害の出来事別決定及び支給決定件数一覧(「年度合計」は2009～2021年度の合計)

出来事 の 雛形	具体的な出来事 注1	2019年度			2020年度			2021年度			年度合計					
		決定件数		うち支給 自殺	決定件数		うち支給 自殺	決定件数		うち支給 自殺	決定 件数	うち 支給 決定	認定 率			
		自殺			自殺			自殺								
1 事故や災害の体験	(重度の)病気やケガをした	72	2	28	2	127	2	50	1	89	1	32	1	1,113	432	38.8%
	悲惨な事故や災害の体験、目撃をした	94	1	55		120	2	83	1	100	1	66	1	1,172	710	60.6%
2 仕事の失敗、過重な責任の発生等	業務に関し、重大な人身事故、重大事故を起こした	10	2	5	2	7		2		6		3		86	37	43.0%
	会社の経営に影響するなどの重大な仕事上のミスをした	21	3	7		27	8	6	4	27	7	6	4	298	94	31.5%
	会社で起きた事故、事件について、責任を問われた	9	6	5	4	9	3	4	2	6		2		135	51	37.8%
	自分の関係する仕事で多額の損失等が生じた	4												36	11	30.6%
	業務に関し、違法行為を強要された	12		1		8		4		16	2	8	1	121	31	25.6%
	達成困難なノルマが課された	19	4	4	1	16	4	1	1	17	2	3		167	49	29.3%
	ノルマが達成できなかった	6	1	1	1	3				9	4	2	2	100	22	22.0%
	新規事業の担当になった、会社の建て直しの担当になった	11	3	5	2	9	2	3	1	2				99	41	41.4%
	顧客や取引先から無理な注文を受けた	11	3	4	2	9	2			5	2	2	1	91	27	29.7%
	顧客や取引先からクレームを受けた	29	4	5	2	42	5	11	2	30	2	4	2	363	98	27.0%
	大きな説明会や公式の場での発表を強いられた	1								4	2			18	2	11.1%
上司が不在になることにより、その代任を任せられた	3		2		4				1				25	5	20.0%	
3 仕事の量・質	仕事内容・仕事量の(大きな)変化を生じさせる出来事があった	207	49	68	20	190	44	58	21	183	33	71	20	2,086	830	39.8%
	1か月に80時間以上の時間外労働を行った	54	11	32	7	52	7	31	5	36	10	28	7	598	376	62.9%
	2週間以上にわたって連続勤務を行った	63	18	42	12	64	17	41	12	52	9	39	6	472	315	66.7%
	勤務形態に変化があった	1		1		1				4	2	2	2	42	5	11.9%
	仕事のペース、活動の変化があった	2				3				1				34	1	2.9%
4 役割・地位の変化等	退職を強要された	26	1	6		19	2	5	2	34	2	9	1	342	84	24.6%
	配置転換があった	55	8	13	5	63	9	6	2	69	7	9	1	715	125	17.5%
	転勤をした	14	6	5	3	21	9	5	3	13	4	2	1	237	58	24.5%
	複数名で担当していた業務を1人で担当するようになった	10	3	5	2	12	2	4	2	4	1	3	1	96	33	34.4%
	非正規社員であるとの理由等により、仕事上の差別、不利益取扱いを受けた	12		2		11	1	3		11	1	2		85	16	18.8%
	自分の昇格・昇進があった	4				4	1			7	2	2		100	14	14.0%
	部下が減った	1								2				20	3	15.0%
	早期退職制度の対象となった	1				1								6	0	0.0%
非正規社員である自分の契約満了が迫った	3				2				6				21	0	0.0%	
5 パワーハラスメント	上司等から、身体的攻撃、精神的攻撃等のパワーハラスメントを受けた 注2					180	15	99	10	242	18	125	12	422	224	53.1%
6 対人関係	同僚等から、暴行又は(ひどい)いじめ・嫌がらせを受けた 注3	174	16	79	8	128	4	71	2	126	3	61	1	1,668	776	46.5%
	上司とのトラブルがあった	294	16	21	6	388	20	14	3	451	27	17	5	3,420	252	7.4%
	同僚とのトラブルがあった	91	4	5		89	1	7	1	118	5	6	1	726	32	4.4%
	部下とのトラブルがあった	13	1	1		16	1	2		15	1	1		119	19	16.0%
	理解してくれていた人の異動があった	5	2	1		2				2		1		28	3	10.7%
	上司が替わった	5	1	1						1				37	4	10.8%
	同僚等の昇進・昇格があり、昇進で先を越された					1								17	0	0.0%
7 セクシュアルハラスメント	セクシュアルハラスメントを受けた	84		42		90		44		97		60		687	364	53.0%
8 特別な出来事 注4		63	9	63	9	54	6	54	6	63	9	63	9	794	788	99.2%
9 その他 注5		102	11			134	12			104	10			1,220	30	2.5%
合 計		1,586	185	509	88	1,906	179	608	81	1,953	167	629	79	17,816	5,962	33.5%

注1 「具体的な出来事」は、平成23年12月26日付け基発1226第1号「心理的負荷による精神障害の認定基準について」別表第1による(令和2年8月21日付け基発0821第4号による改正後のもの)。/注2 「上司等から、身体的攻撃、精神的攻撃等のパワーハラスメントを受けた」は、令和2年5月29日付け基発0529第1号により新規に追加されたものである。/注3 「同僚等から、暴行又は(ひどい)いじめ・嫌がらせを受けた」は、令和2年5月29日付け基発0529第1号により修正された項目で、令和2年度においては改正前の認定基準における具体的な出来事「(ひどい)いじめ・嫌がらせを受けた」で評価した件数も含むものである。注4 「特別な出来事」は、心理的負荷が「極度のもの等の件数である。/注5 「その他」は、評価の対象となる出来事が認められなかったもの等の件数である。/注6 自殺は、未遂を含む件数である。

特集/脳・心臓疾患、精神障害の労災認定

表13-1 男女別・精神障害の出来事別決定及び支給決定件数一覧（「年度合計」は2014～2021年度の合計）

出来事の種類	具体的な出来事 注1	女性						男性							
		2021年度			年度合計			2021年度			年度合計				
		決定件数		うち支給 自費	決定 件数	うち 支給 決定	認定 率	決定件数		うち支給 自費	決定 件数	うち 支給 決定	認定 率		
		自費	自費					自費	自費						
1 事故や災害の体験	(重度の)病気やケガをした	34	6	228	51	22.4%	55	2	26	1	484	240	49.6%		
	悲惨な事故や災害の体験、目撃をした	52	31	428	266	62.1%	48	1	35	1	337	227	67.4%		
2 仕事の失敗、過重な責任の発生等	業務に関し、重大な人身事故、重大事故を起こした			10	4	40.0%	6	2	3	0	43	19	44.2%		
	会社の経営に影響するなどの重大な仕事上のミスをした	9	1	61	12	19.7%	18	3	6	4	157	55	35.0%		
	会社で起きた事故、事件について、責任を問われた	2	1	22	9	40.9%	4	6	1	0	53	24	45.3%		
	自分の関係する仕事で多額の損失等が生じた			2	1	50.0%	0	0	0	0	11	1	9.1%		
	業務に関し、違法行為を強要された	6	1	3	1	41	10	24.4%	10	1	5	0	50	14	28.0%
	達成困難なノルマが課された	7	1	1	31	3	9.7%	10	1	2	0	90	22	24.4%	
	ノルマが達成できなかった	2		17	1	5.9%	7	4	2	2	41	10	24.4%		
	新規事業の担当になった、会社の建て直しの担当になった			14	6	42.9%	2	0	0	0	41	14	34.1%		
	顧客や取引先から無理な注文を受けた	1		22	4	18.2%	4	2	2	1	43	12	27.9%		
	顧客や取引先からクレームを受けた	15	2	118	18	15.3%	15	2	2	2	120	37	30.8%		
	大きな説明会や公式の場での発表を強いられた	3	1	6	0	0.0%	1	1	0	0	4	1	25.0%		
	上司が不在になることにより、その代行を任された			7	2	28.6%	1	0	0	0	12	2	16.7%		
3 仕事の量・質	仕事内容・仕事量の(大きな)変化を生じさせる出来事があった	66	1	20	398	113	28.4%	117	32	51	20	987	405	41.0%	
	1か月に80時間以上の時間外労働を行った	7	5	60	41	68.3%	29	10	23	7	409	266	65.0%		
	2週間以上にわたって連続勤務を行った	9	1	7	1	75	52	69.3%	43	8	32	5	346	230	66.5%
	勤務形態に変化があった			11	0	0.0%	4	2	2	2	17	4	23.5%		
	仕事のペース、活動の変化があった	1		9	1	11.1%	0	0	0	0	5	0	0.0%		
4 役割・地位の変化等	退職を強要された	20	1	8	1	88	22	25.0%	14	1	1	0	125	28	22.4%
	配置転換があった	29	1	1	155	13	8.4%	40	6	8	1	315	71	22.5%	
	転勤をした	2		14	1	7.1%	11	4	2	1	102	32	31.4%		
	複数名で担当していた業務を1人で担当するようになった	2	1	23	4	17.4%	2	1	2	1	33	15	45.5%		
	非正規社員であるとの理由等により、仕事上の差別、不利益取扱いを受けた	5	1	18	3	16.7%	6	1	1	0	39	9	23.1%		
	自分の昇格・昇進があった	2	1	13	1	7.7%	5	2	1	0	37	6	16.2%		
	部下が減った			4	1	25.0%	2	0	0	0	8	2	25.0%		
	早期退職制度の対象となった			0	0	0	0	0	0	0	2	0	0.0%		
	非正規社員である自分の契約満了が迫った	2		5	0	0.0%	4	0	0	0	13	0	0.0%		
5 パワーハラスメント	上司等から、身体的攻撃、精神的攻撃等のパワーハラスメントを受けた 注2	113	58	195	101	51.8%	129	18	67	12	227	123	54.2%		
6 対人関係	同僚等から、暴行又は(ひどい)いじめ・嫌がらせを受けた 注3	88	40	580	243	41.9%	38	3	21	1	705	328	46.5%		
	上司とのトラブルがあった	254	5	3	1,189	44	3.7%	197	22	14	5	1,264	114	9.0%	
	同僚とのトラブルがあった	73	2	3	340	15	4.4%	45	3	3	1	224	10	4.5%	
	部下とのトラブルがあった	6	1	40	5	12.5%	9	1	0	0	50	4	8.0%		
	理解してくれていた人の異動があった			7	1	14.3%	2	0	1	0	13	2	15.4%		
	上司が替わった			5	1	20.0%	1	0	0	0	8	1	12.5%		
	同僚等の昇進・昇格があり、昇進で先を越された			3	0	0.0%	0	0	0	0	6	0	0.0%		
7 セクシュアルハラスメント	セクシュアルハラスメントを受けた	94	57	513	286	55.8%	3	0	3	0	17	8	47.1%		
8 特別な出来事 注4		27	1	27	1	166	164	98.8%	36	8	36	8	351	349	99.4%
9 その他 注5		54	4	280	0	0.0%	50	6	0	0	432	0	0.0%		
合計		985	20	277	4	5,198	1,499	28.8%	968	153	352	75	7,221	2,685	37.2%

表14 脳・心臓疾患(脳血管疾患及び虚血性心疾患等)の労災補償状況(都道府県別)

	支給決定件数(「合計」は2000～2021年度合計)							10万人当「合計」		認定率②(「合計」は2009～2021年度平均)								
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	合計	順位	※	順位	2016	2017	2018	2019	2020	2021	合計	順位
北海道	16	13	13	13	11	7	255	7	0.59	20	61.5%	65.0%	48.1%	44.8%	33.3%	46.7%	47.3%	11
青森	2	0	1	1	0	0	33	43	0.35	42	66.7%	0.0%	100.0%	20.0%	0.0%	0.0%	52.4%	6
岩手	5	2	2	0	0	4	39	38	0.40	37	100.0%	100.0%	66.7%	0.0%	0.0%	100.0%	66.0%	3
宮城	9	7	2	1	2	7	143	12	0.75	8	52.9%	53.8%	20.0%	20.0%	18.2%	53.8%	44.1%	16
秋田	0	0	0	2	0	0	23	46	0.30	46	0.0%		0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	42.9%	21
山形	1	2	0	3	0	1	37	42	0.44	35	33.3%	33.3%		42.9%	0.0%	50.0%	36.4%	33
福島	3	6	4	6	1	2	82	18	0.48	31	37.5%	50.0%	57.1%	40.0%	10.0%	18.2%	36.5%	32
茨城	5	2	9	8	6	3	121	13	0.55	25	35.7%	33.3%	52.9%	61.5%	46.2%	50.0%	44.8%	15
栃木	5	8	2	4	3	6	79	19	0.48	30	55.6%	100.0%	40.0%	57.1%	42.9%	85.7%	62.0%	5
群馬	12	7	1	2	3	4	106	15	0.62	16	70.6%	58.3%	20.0%	22.2%	30.0%	66.7%	49.2%	10
埼玉	11	15	14	10	15	8	278	5	0.61	18	36.7%	40.5%	35.0%	27.8%	28.8%	32.0%	35.4%	38
千葉	11	10	8	10	5	10	198	9	0.51	27	42.3%	45.5%	36.4%	52.6%	27.8%	28.6%	38.6%	30
東京	29	33	35	20	27	20	909	1	0.30	47	27.9%	33.7%	31.8%	18.9%	24.5%	23.3%	35.9%	36
神奈川	18	14	5	13	17	9	407	3	0.65	11	30.5%	26.9%	8.9%	22.8%	32.1%	22.0%	32.9%	43
新潟	5	0	3	4	4	1	67	24	0.33	43	50.0%	0.0%	50.0%	40.0%	50.0%	25.0%	40.5%	26
富山	2	2	2	3	4	2	56	27	0.56	24	66.7%	100.0%	50.0%	75.0%	57.1%	66.7%	67.3%	1
石川	3	1	3	2	1	0	39	39	0.38	38	75.0%	16.7%	42.9%	28.6%	25.0%	0.0%	45.0%	14
福井	2	1	2	2	3	0	30	45	0.42	36	100.0%	25.0%	50.0%	28.6%	75.0%	0.0%	50.0%	9
山梨	0	2	4	1	2	0	38	40	0.62	14	0.0%	50.0%	66.7%	50.0%	40.0%	0.0%	40.4%	27
長野	3	3	3	5	2	2	54	30	0.31	45	33.3%	42.9%	30.0%	33.3%	25.0%	100.0%	33.0%	41
岐阜	4	1	0	3	1	4	54	31	0.32	44	40.0%	25.0%	0.0%	50.0%	20.0%	66.7%	32.9%	42
静岡	6	6	6	5	4	6	119	14	0.37	40	50.0%	66.7%	37.5%	33.3%	22.2%	37.5%	43.9%	17
愛知	15	10	13	20	13	6	295	4	0.38	39	41.7%	27.0%	52.0%	54.1%	31.7%	20.7%	43.2%	19
三重	0	6	4	6	3	1	73	21	0.50	29	0.0%	60.0%	44.4%	42.9%	30.0%	16.7%	31.7%	45
滋賀	3	3	4	1	1	2	91	17	0.85	3	100.0%	25.0%	50.0%	33.3%	33.3%	40.0%	51.7%	7
京都	11	6	4	4	4	4	179	10	0.79	5	31.4%	27.3%	15.4%	19.0%	20.0%	26.7%	30.4%	46
大阪	25	26	37	17	22	16	596	2	0.58	22	32.9%	33.8%	40.2%	30.4%	31.9%	27.1%	33.7%	40
兵庫	11	14	10	7	5	4	257	6	0.62	15	40.7%	40.0%	38.5%	21.9%	17.9%	21.1%	36.0%	34
奈良	1	2	3	0	3	3	55	29	0.79	6	14.3%	28.6%	42.9%	0.0%	42.9%	42.9%	36.0%	35
和歌山	2	3	2	0	1	4	63	25	0.92	1	66.7%	60.0%	66.7%	0.0%	100.0%	40.0%	50.8%	8
鳥取	1	0	1	0	1	3	32	44	0.77	7	100.0%		50.0%		100.0%	100.0%	66.7%	2
島根	3	1	0	1	0	1	19	47	0.35	41	75.0%	33.3%	0.0%	100.0%		50.0%	63.6%	4
岡山	1	3	4	3	3	2	76	20	0.45	34	12.5%	50.0%	57.1%	75.0%	30.0%	100.0%	42.4%	23
広島	2	5	9	6	2	5	177	11	0.64	12	28.6%	55.6%	64.3%	37.5%	25.0%	50.0%	47.3%	12
山口	5	2	1	0	1	4	56	28	0.47	32	62.5%	25.0%	16.7%	0.0%	33.3%	80.0%	40.7%	25
徳島	2	0	3	1	1	0	49	34	0.91	2	25.0%	0.0%	37.5%	14.3%	33.3%	0.0%	33.8%	39
香川	0	3	3	1	1	3	53	32	0.62	13	0.0%	42.9%	30.0%	25.0%	33.3%	60.0%	42.9%	22
愛媛	1	2	0	4	3	3	69	23	0.62	17	12.5%	33.3%	0.0%	66.7%	42.9%	50.0%	39.6%	28
高知	2	1	2	0	2	0	46	36	0.85	4	66.7%	25.0%	100.0%	0.0%	66.7%	0.0%	45.5%	13
福岡	7	11	6	7	6	8	234	8	0.51	28	50.0%	39.3%	30.0%	25.9%	27.3%	40.0%	43.1%	20
佐賀	3	2	2	1	0	0	38	41	0.60	19	42.9%	50.0%	33.3%	14.3%	0.0%	0.0%	41.8%	24
長崎	4	3	2	3	3	2	70	22	0.73	10	30.8%	27.3%	33.3%	30.0%	37.5%	66.7%	36.8%	31
熊本	5	6	2	6	1	2	97	16	0.74	9	50.0%	54.5%	20.0%	37.5%	14.3%	25.0%	39.1%	29
大分	0	3	1	3	3	0	52	33	0.58	21	0.0%	42.9%	10.0%	42.9%	33.3%	0.0%	32.0%	44
宮崎	2	3	1	2	1	1	44	37	0.57	23	40.0%	33.3%	33.3%	66.7%	25.0%	33.3%	35.4%	37
鹿児島	1	3	1	0	2	1	62	26	0.52	26	33.3%	42.9%	20.0%	0.0%	33.3%	33.3%	43.8%	18
沖縄	1	0	4	5	1	1	48	35	0.47	33	14.3%	0.0%	23.5%	41.7%	16.7%	50.0%	29.8%	47
合計	260	253	238	216	194	172	5,998		0.48		38.2%	38.1%	34.5%	31.6%	29.2%	32.8%	38.7%	

特集/脳・心臓疾患、精神障害の労災認定

表14-1 脳血管疾患の労災補償状況(都道府県別)

	支給決定件数(「合計」は2000～2021年度合計)							10万人当り合計		認定率②(「合計」は2009～2021年度平均)								
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	合計	順位	※	順位	2016	2017	2018	2019	2020	2021	合計	順位
北海道	11	5	7	4	6	3	152	8	0.35	17	57.9%	55.6%	43.8%	44.4%	33.3%	33.3%	48.1%	12
青森	1	0	1	1	0	0	20	41	0.21	40	50.0%	0.0%	100.0%	100.0%	0.0%	0.0%	54.5%	6
岩手	2	1	1	0	0	1	22	38	0.22	37	100.0%	100.0%	50.0%	0.0%			57.1%	4
宮城	4	2	0	0	1	0	82	12	0.43	10	44.4%	40.0%	0.0%	0.0%	14.3%	0.0%	42.2%	17
秋田	0	0	0	0	0	0	11	46	0.14	47	0.0%			0.0%	0.0%		50.0%	9
山形	0	0	0	3	0	1	22	39	0.26	33	0.0%	0.0%		60.0%	0.0%	50.0%	34.3%	36
福島	1	5	3	4	0	1	46	21	0.27	31	33.3%	71.4%	75.0%	36.4%	0.0%	16.7%	38.3%	26
茨城	1	0	7	4	3	2	70	14	0.32	27	11.1%	0.0%	58.3%	57.1%	42.9%	66.7%	39.3%	23
栃木	5	5	0	2	3	2	49	20	0.30	29	71.4%	100.0%	0.0%	66.7%	50.0%	100.0%	65.9%	2
群馬	7	4	0	2	1	3	57	17	0.33	23	87.5%	57.1%	0.0%	22.2%	25.0%	60.0%	48.7%	11
埼玉	8	11	6	7	4	4	168	5	0.37	16	44.4%	37.9%	25.0%	33.3%	14.3%	28.6%	32.3%	44
千葉	8	6	4	7	2	7	125	9	0.32	26	61.5%	46.2%	30.8%	63.6%	18.2%	29.2%	40.6%	21
東京	17	20	22	18	15	9	577	1	0.19	43	25.4%	31.7%	31.0%	26.5%	23.4%	17.3%	34.8%	34
神奈川	11	8	4	7	14	4	266	3	0.42	11	31.4%	25.8%	11.1%	20.0%	38.9%	14.3%	34.1%	37
新潟	1	0	1	1	4	0	36	28	0.18	45	33.3%		100.0%	25.0%	80.0%		36.4%	30
富山	1	1	0	0	1	1	28	35	0.28	30	50.0%	100.0%	0.0%	0.0%	33.3%	50.0%	54.5%	7
石川	1	1	0	1	0	0	18	43	0.18	46	50.0%	20.0%	0.0%	33.3%	0.0%	0.0%	32.4%	43
福井	1	1	0	0	1	0	16	44	0.22	38	100.0%	50.0%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	35.7%	31
山梨	0	1	2	0	1	0	16	45	0.26	32	0.0%	33.3%	100.0%		33.3%	0.0%	29.2%	46
長野	2	1	2	4	2	0	34	30	0.19	42	28.6%	25.0%	33.3%	40.0%	28.6%		33.3%	40
岐阜	1	1	0	3	0	2	34	31	0.20	41	16.7%	33.3%	0.0%	60.0%	0.0%	66.7%	34.0%	38
静岡	4	4	5	3	2	4	82	13	0.26	35	40.0%	57.1%	45.5%	27.3%	16.7%	33.3%	45.4%	14
愛知	9	5	7	13	4	5	175	4	0.22	39	40.9%	23.8%	53.8%	50.0%	16.0%	23.8%	41.2%	19
三重	0	5	1	5	3	1	50	19	0.34	20	0.0%	71.4%	20.0%	55.6%	30.0%	25.0%	33.8%	39
滋賀	1	3	3	1	0	2	59	16	0.55	4	100.0%	42.9%	50.0%	50.0%	0.0%	66.7%	55.8%	5
京都	7	2	3	4	2	4	113	10	0.50	7	33.3%	20.0%	17.6%	23.5%	16.7%	40.0%	29.4%	45
大阪	17	22	25	10	17	10	395	2	0.38	14	33.3%	38.6%	40.3%	27.0%	39.5%	27.0%	34.8%	35
兵庫	6	11	7	6	4	3	163	6	0.39	12	37.5%	55.0%	41.2%	27.3%	25.0%	25.0%	37.6%	27
奈良	1	2	2	0	2	2	37	27	0.53	6	25.0%	50.0%	50.0%	0.0%	40.0%	50.0%	40.7%	20
和歌山	1	2	1	0	1	3	42	23	0.62	3	50.0%	66.7%	50.0%	0.0%	100.0%	42.9%	60.0%	3
鳥取	1	0	1	0	1	3	20	42	0.48	9	100.0%		100.0%		100.0%	100.0%	80.0%	1
島根	1	1	0	0	0	0	10	47	0.18	44	50.0%	33.3%	0.0%			0.0%	50.0%	10
岡山	1	3	2	1	2	2	44	22	0.26	34	16.7%	50.0%	66.7%	50.0%	33.3%	100.0%	39.2%	24
広島	1	3	5	4	2	1	107	11	0.39	13	25.0%	50.0%	71.4%	30.8%	28.6%	33.3%	44.0%	16
山口	4	1	1	0	0	3	27	36	0.23	36	57.1%	25.0%	25.0%	0.0%		75.0%	35.4%	33
徳島	2	0	2	1	1	0	35	29	0.65	2	50.0%	0.0%	33.3%	20.0%	50.0%	0.0%	37.3%	29
香川	0	1	1	1	0	3	29	34	0.34	22	0.0%	25.0%	14.3%	33.3%	0.0%	75.0%	33.3%	41
愛媛	1	0	0	3	2	1	39	25	0.35	18	14.3%	0.0%	0.0%	75.0%	40.0%	25.0%	40.0%	22
高知	1	1	2	0	2	0	38	26	0.70	1	50.0%	33.3%	100.0%	0.0%	66.7%	0.0%	45.9%	13
福岡	4	6	4	5	2	7	153	7	0.33	24	44.4%	31.6%	30.8%	26.3%	22.2%	46.7%	44.8%	15
佐賀	2	1	2	0	0	0	22	40	0.35	19	33.3%	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	41.7%	18
長崎	2	2	0	2	3	1	51	18	0.53	5	22.2%	33.3%	0.0%	28.6%	50.0%	50.0%	38.6%	25
熊本	2	4	2	5	0	0	63	15	0.48	8	33.3%	80.0%	40.0%	50.0%	0.0%	0.0%	37.3%	28
大分	0	2	1	0	1	0	34	32	0.38	15	0.0%	66.7%	16.7%	0.0%	16.7%	0.0%	32.8%	42
宮崎	2	2	1	0	1	0	24	37	0.31	28	40.0%	40.0%	50.0%		33.3%	0.0%	35.7%	32
鹿児島	0	3	1	0	2	1	41	24	0.34	21	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%	66.7%	50.0%	51.9%	8
沖縄	1	0	3	3	1	0	34	33	0.33	25	16.7%	0.0%	21.4%	37.5%	20.0%	0.0%	29.2%	47
合計	154	159	142	135	113	96	3,736		0.30		36.0%	38.7%	33.3%	31.5%	28.0%	30.0%	38.3%	

※労災保険適用労働者数(2015年度末)10万人当たり年平均支給決定件数

表14-2 虚血性心疾患等の労災補償状況(都道府県別)

	支給決定件数(「合計」は2000～2021年度合計)							10万人当「合計」		認定率②(「合計」は2009～2021年度平均)								
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	合計	順位	※	順位	2016	2017	2018	2019	2020	2021	合計	順位
北海道	5	8	6	9	5	4	103	6	0.24	19	71.4%	72.7%	54.5%	45.0%	33.3%	66.7%	46.1%	17
青森	1	0	0	0	0	0	13	43	0.14	42	100.0%	0.0%		0.0%			50.0%	11
岩手	3	1	1	0	0	3	17	37	0.17	35	100.0%	100.0%	100.0%		0.0%	100.0%	78.9%	2
宮城	5	5	2	1	1	7	61	12	0.32	2	62.5%	62.5%	50.0%	33.3%	25.0%	63.6%	47.1%	14
秋田	0	0	0	2	0	0	12	44	0.16	38	0.0%		0.0%	66.7%		0.0%	37.5%	30
山形	1	2	0	0	0	0	15	39	0.18	32	100.0%	100.0%		0.0%	0.0%		40.0%	27
福島	2	1	1	2	1	1	36	16	0.21	23	40.0%	20.0%	33.3%	50.0%	20.0%	20.0%	33.9%	34
茨城	4	2	2	4	3	1	51	13	0.23	20	80.0%	40.0%	40.0%	66.7%	50.0%	33.3%	52.3%	9
栃木	0	3	2	2	0	4	30	21	0.18	31	0.0%	100.0%	100.0%	50.0%	0.0%	80.0%	57.1%	7
群馬	5	3	1	0	2	1	49	14	0.29	7	55.6%	60.0%	25.0%		33.3%	100.0%	50.0%	12
埼玉	3	4	8	3	11	4	110	5	0.24	18	25.0%	50.0%	50.0%	20.0%	45.8%	36.4%	40.1%	26
千葉	3	4	4	3	3	3	73	9	0.19	29	23.1%	44.4%	44.4%	37.5%	42.9%	27.3%	35.3%	32
東京	12	13	13	2	12	11	332	1	0.11	47	32.4%	37.1%	33.3%	5.3%	26.1%	32.4%	37.6%	29
神奈川	7	6	1	6	3	5	141	3	0.22	22	29.2%	28.6%	5.0%	27.3%	17.6%	38.5%	30.9%	43
新潟	4	0	2	3	0	1	31	20	0.15	39	57.1%	0.0%	40.0%	50.0%	0.0%	25.0%	43.1%	20
富山	1	1	2	3	3	1	28	24	0.28	9	100.0%	100.0%	66.7%	100.0%	75.0%	100.0%	77.8%	3
石川	2	0	3	1	1	0	21	28	0.21	24	100.0%	0.0%	75.0%	25.0%	50.0%		61.5%	6
福井	1	0	2	2	2	0	14	40	0.20	27	100.0%	0.0%	100.0%	66.7%	100.0%		72.2%	4
山梨	0	1	2	1	1	0	22	27	0.36	1		100.0%	50.0%	50.0%	50.0%		52.2%	10
長野	1	2	1	1	0	2	20	31	0.11	46	50.0%	66.7%	25.0%	20.0%	0.0%	100.0%	32.5%	37
岐阜	3	0	0	0	1	2	20	32	0.12	44	75.0%	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	66.7%	31.3%	40
静岡	2	2	1	2	2	2	37	15	0.12	45	100.0%	100.0%	20.0%	50.0%	33.3%	50.0%	40.4%	24
愛知	6	5	6	7	9	1	120	4	0.15	40	42.9%	31.3%	50.0%	63.6%	56.3%	12.5%	47.0%	15
三重	0	1	3	1	0	0	23	26	0.16	37	0.0%	33.3%	75.0%	20.0%		0.0%	28.3%	46
滋賀	2	0	1	0	1	0	32	18	0.30	4	100.0%	0.0%	50.0%	0.0%	100.0%	0.0%	45.9%	18
京都	4	4	1	0	2	0	66	11	0.29	5	28.6%	33.3%	11.1%	0.0%	25.0%	0.0%	32.1%	38
大阪	8	4	12	7	5	6	201	2	0.19	28	32.0%	20.0%	40.0%	36.8%	19.2%	27.3%	32.0%	39
兵庫	5	3	3	1	1	1	94	7	0.23	21	45.5%	20.0%	33.3%	10.0%	8.3%	14.3%	33.3%	35
奈良	0	0	1	0	1	1	18	35	0.26	13	0.0%	0.0%	33.3%	0.0%	50.0%	33.3%	28.6%	44
和歌山	1	1	1	0	0	1	21	29	0.31	3	100.0%	50.0%	100.0%	0.0%		33.3%	36.0%	31
鳥取	0	0	0	0	0	0	12	45	0.29	6			0.0%				44.4%	19
島根	2	0	0	1	0	1	9	46	0.17	36	100.0%			100.0%		100.0%	80.0%	1
岡山	0	0	2	2	1	0	32	19	0.19	30	0.0%		50.0%	100.0%	25.0%		46.3%	16
広島	1	2	4	2	0	4	70	10	0.25	15	33.3%	66.7%	57.1%	66.7%	0.0%	57.1%	52.6%	8
山口	1	1	0	0	1	1	29	23	0.25	17	100.0%	25.0%	0.0%	0.0%	33.3%	100.0%	48.5%	13
徳島	0	0	1	0	0	0	14	41	0.26	11	0.0%		50.0%	0.0%	0.0%		26.9%	47
香川	0	2	2	0	1	0	24	25	0.28	8		66.7%	66.7%	0.0%	100.0%	0.0%	61.9%	5
愛媛	0	2	0	1	1	2	30	22	0.27	10	0.0%	66.7%	0.0%	50.0%	50.0%	100.0%	38.7%	28
高知	1	0	0	0	0	0	8	47	0.15	41	100.0%	0.0%					42.9%	21
福岡	3	5	2	2	4	1	81	8	0.17	34	60.0%	55.6%	28.6%	25.0%	30.8%	20.0%	40.2%	25
佐賀	1	1	0	1	0	0	16	38	0.25	16	100.0%	50.0%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%	42.1%	22
長崎	2	1	2	1	0	1	19	34	0.20	26	50.0%	20.0%	66.7%	33.3%	0.0%	100.0%	33.3%	36
熊本	3	2	0	1	1	2	34	17	0.26	12	75.0%	33.3%	0.0%	16.7%	50.0%	40.0%	41.8%	23
大分	0	1	0	3	2	0	18	36	0.20	25		25.0%	0.0%	100.0%	66.7%	0.0%	31.0%	42
宮崎	0	1	0	2	0	1	20	33	0.26	14		25.0%	0.0%	66.7%	0.0%	50.0%	35.1%	33
鹿児島	1	0	0	0	0	0	21	30	0.18	33	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	28.6%	45
沖縄	0	0	1	2	0	1	14	42	0.14	43	0.0%	0.0%	33.3%	50.0%	0.0%	100.0%	31.3%	41
合計	106	94	96	81	81	76	2,262		0.18		42.1%	37.2%	36.6%	31.6%	31.0%	37.1%	39.5%	

※労災保険適用労働者数(2015年度末)10万人当たり平均支給決定件数

特集/脳・心臓疾患、精神障害の労災認定

表15 精神障害の労災補償状況(都道府県別)

	支給決定件数(「合計」は2000～2021年度合計)							10万人当「合計」		認定率②(「合計」は2009～2021年度平均)								
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	合計	順位	※	順位	2016	2017	2018	2019	2020	2021	合計	順位
北海道	37	35	20	24	31	38	391	5	0.90	11	55.2%	45.5%	29.0%	28.9%	44.3%	56.7%	43.7%	12
青森	0	3	6	4	4	2	45	43	0.48	33	0.0%	37.5%	66.7%	50.0%	40.0%	33.3%	48.8%	2
岩手	3	2	7	4	4	3	67	28	0.68	19	75.0%	33.3%	70.0%	36.4%	50.0%	30.0%	50.5%	1
宮城	10	8	4	3	9	10	177	11	0.93	7	28.6%	23.5%	15.4%	13.6%	28.1%	21.7%	36.3%	25
秋田	3	2	4	3	2	3	50	37	0.66	22	37.5%	33.3%	57.1%	25.0%	28.6%	23.1%	35.6%	27
山形	4	4	6	9	9	5	78	25	0.93	8	57.1%	50.0%	60.0%	64.3%	50.0%	27.8%	48.1%	3
福島	9	6	4	13	11	8	116	15	0.67	21	52.9%	27.3%	40.0%	54.2%	35.5%	36.4%	44.0%	11
茨城	12	8	4	7	9	9	135	14	0.61	26	54.5%	26.7%	26.7%	26.9%	34.6%	26.5%	37.6%	22
栃木	1	2	3	1	3	4	47	40	0.29	46	11.1%	28.6%	25.0%	14.3%	23.1%	40.0%	35.1%	28
群馬	5	6	8	10	4	4	82	23	0.48	34	29.4%	37.5%	38.1%	47.6%	22.2%	25.0%	33.2%	32
埼玉	16	18	22	19	21	18	212	10	0.46	38	41.0%	29.5%	36.1%	39.6%	28.4%	30.0%	30.0%	37
千葉	12	15	7	12	28	30	236	8	0.61	27	40.0%	34.1%	18.9%	33.3%	43.1%	43.5%	34.9%	29
東京	89	108	93	84	93	106	1,241	1	0.41	43	38.0%	34.4%	36.3%	28.5%	25.3%	24.0%	31.7%	34
神奈川	42	30	35	29	44	43	562	3	0.90	12	34.1%	25.6%	26.7%	21.8%	28.9%	27.6%	29.5%	39
新潟	2	4	8	8	4	4	96	19	0.48	35	18.2%	44.4%	61.5%	50.0%	66.7%	38.5%	46.8%	6
富山	5	4	3	8	5	4	47	41	0.47	36	71.4%	44.4%	27.3%	61.5%	29.4%	66.7%	46.9%	5
石川	2	4	7	9	4	4	56	33	0.55	29	28.6%	40.0%	77.8%	47.4%	50.0%	26.7%	42.0%	15
福井	2	6	2	8	8	3	74	26	1.03	3	33.3%	54.5%	33.3%	50.0%	61.5%	37.5%	47.1%	4
山梨	4	1	6	8	1	2	52	34	0.85	13	50.0%	12.5%	50.0%	61.5%	25.0%	15.4%	37.7%	21
長野	9	9	11	13	10	9	111	17	0.63	24	39.1%	47.4%	44.0%	41.9%	45.5%	60.0%	41.8%	16
岐阜	3	4	0	8	11	6	74	27	0.44	40	30.0%	40.0%	0.0%	42.1%	36.7%	35.3%	34.6%	31
静岡	11	15	12	19	27	13	174	12	0.54	30	50.0%	44.1%	40.0%	50.0%	49.1%	26.5%	42.6%	14
愛知	27	18	20	21	32	34	278	7	0.35	45	33.3%	22.0%	27.4%	24.7%	25.2%	26.6%	23.3%	46
三重	9	1	2	4	6	11	64	29	0.44	39	39.1%	6.3%	16.7%	21.1%	17.6%	34.4%	21.9%	47
滋賀	7	10	1	9	7	11	114	16	1.07	1	38.9%	50.0%	8.3%	47.4%	41.2%	40.7%	43.1%	13
京都	12	9	11	23	22	14	227	9	1.01	5	27.9%	15.5%	22.0%	43.4%	34.9%	32.6%	29.6%	38
大阪	36	34	30	29	51	60	590	2	0.57	28	26.5%	23.4%	19.9%	22.3%	24.5%	36.1%	24.9%	43
兵庫	25	22	31	32	25	54	430	4	1.04	2	48.1%	30.6%	40.3%	36.8%	35.7%	40.0%	40.4%	18
奈良	4	3	2	2	6	3	59	31	0.84	14	36.4%	27.3%	50.0%	12.5%	30.0%	15.8%	28.6%	41
和歌山	0	6	7	3	5	7	46	42	0.67	20	0.0%	66.7%	58.3%	30.0%	50.0%	50.0%	41.1%	17
鳥取	1	2	5	2	0	6	31	45	0.74	18	12.5%	40.0%	55.6%	40.0%	0.0%	66.7%	45.2%	8
島根	0	1	0	1	0	1	11	47	0.20	47	20.0%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	25.0%	29.0%	40
岡山	6	8	10	6	3	12	89	20	0.52	31	27.3%	61.5%	52.6%	37.5%	23.1%	46.2%	36.7%	24
広島	15	16	4	9	16	10	170	13	0.62	25	45.5%	42.1%	13.3%	31.0%	44.4%	27.0%	33.1%	33
山口	1	1	2	5	4	1	51	36	0.43	41	9.1%	16.7%	40.0%	33.3%	23.5%	11.1%	34.7%	30
徳島	1	5	3	0	2	3	28	46	0.52	32	10.0%	55.6%	23.1%	0.0%	20.0%	30.0%	24.5%	44
香川	0	0	2	3	4	1	34	44	0.40	44	0.0%	0.0%	20.0%	42.9%	57.1%	20.0%	30.3%	36
愛媛	4	1	4	2	4	4	52	35	0.46	37	30.8%	8.3%	22.2%	18.2%	28.6%	22.2%	23.8%	45
高知	2	10	3	1	3	2	50	38	0.92	9	40.0%	71.4%	27.3%	50.0%	33.3%	28.6%	44.2%	9
福岡	31	26	23	15	23	27	300	6	0.65	23	40.3%	34.2%	31.5%	23.1%	34.8%	38.6%	35.8%	26
佐賀	5	1	4	7	7	5	64	30	1.01	4	71.4%	7.1%	33.3%	43.8%	33.3%	35.7%	40.3%	19
長崎	11	11	4	7	8	3	86	21	0.90	10	55.0%	64.7%	40.0%	38.9%	40.0%	60.0%	44.2%	10
熊本	6	5	6	6	7	12	105	18	0.80	15	35.3%	35.7%	37.5%	46.2%	30.4%	70.6%	37.0%	23
大分	7	6	6	6	16	7	84	22	0.93	6	63.6%	54.5%	42.9%	37.5%	57.1%	58.3%	46.0%	7
宮崎	2	5	3	2	2	1	59	32	0.76	17	16.7%	45.5%	25.0%	20.0%	22.2%	7.1%	27.9%	42
鹿児島	0	5	3	2	5	4	50	39	0.42	42	0.0%	55.6%	25.0%	20.0%	33.3%	44.4%	31.1%	35
沖縄	5	6	7	9	8	7	80	24	0.78	16	29.4%	46.2%	38.9%	40.9%	44.4%	36.8%	39.4%	20
合計	498	506	465	509	608	629	7,275		0.59		36.8%	32.8%	31.8%	32.1%	31.9%	32.2%	33.5%	

※労災保険適用労働者数(2015年度末)10万人当たり年平均支給決定件数

「精神障害労災認定基準専門検討会」への申し入れ

2022年4月28日

全国労働安全衛生センター連絡会議・同メンタルヘルス・ハラスメント対策局

私たちは、職場のメンタルヘルスについて、30年余りにわたって、労働者の立場に立って、相談・対策にあたってきた団体や個人です。健康被害に至った場合には補償の問題となりますが、職場環境をはじめとする労働条件全般はもとより、予防対策についても話し合いで、必要に応じて労災請求や訴訟によって解決してきました。

残念ながら、長時間労働などによる過労やハラスメントによる精神疾患が後を絶ちません。そして、数字として表される労働時間ですら、その客観的な記録を怠る事業所が少なくありません。さまざまなハラスメントについては、事実関係はもとより、その客観的な評価が容易ではありません。現行の精神障害の労災認定基準は、抜本的な改正が必要であり、その運用にも大きな課題があると考えております。

本意見書も参考にしてください、よりよい労災認定基準を作成して下さるようお願いしたいと考え、僭越ではありますが、下記のとおり申し入れます。今後も専門検討会での議論を踏まえて意見を述べますのでよろしく願います。

1 判例だけではなく、審査請求、再審査請求の原処分取り消し事案の分析を行うこと

今回の専門検討会に限らず、厚生労働省が労災認定基準を見直す際には、新たな医学的知見、職場の変化、裁判判例が契機となることが多い。それはそれで必要であり重要であることは間違いないが、労災認定基準の課題を検討するには、それを誤って解釈ないし運用したとして、労災保険審査官が労働基準監督署の原処分を取り消した事例、また、労災認定基準に拘束されないとされながらも、事実上認定基準に沿って労働保険審査会が原処分を取り消した事例の分析が非常に有効である。判断を誤った理由の中には、あまりにも稚拙な職員の怠慢なども見受けられ、判然としないこ

ともあるが、実は労災認定基準そのものにも問題があり、労働現場の実態を十分に把握できず、結果として心理的負荷の評価を誤ったことも少なくない。

裁判所のような権限を持ち合わせていない労働基準監督署が、誤った判断を行わないために、これまでの裁決書と決定書の分析はもちろんのこと、当該審査官や署の担当職員の聴取も併せて行い、なぜ誤って不支給決定をしたのかをしっかりと分析して、労災認定基準改正に役立ててもらいたい。

<https://www.mhlw.go.jp/content/11400000/000464376.pdf>

例えば、厚生労働省の審査請求決定書事案を紹介した上記サイト（平成29年10月～平成30年3月）に紹介されている事例で、原処分庁は意見書で「上司及び同僚より、物を投げられたり、大声で怒鳴られているところを事業場関係者に目撃されているが、請求人が言い返す姿も目撃されており、請求人は一方的に嫌がらせを受けていたとは言えず、客観的に認識されるトラブルがあった」という判断をしていた。しかし審査官は、「上司及び同僚から、人格を否定する発言を継続的かつ頻繁に受けていたこと、物を投げつけられることが度々あり、これは、大げかに繋がりがかねない行為であり、当該行為に対して請求人が言い返したことは、自己防衛であったと認めるのが相当である」として、「(ひどい)嫌がらせ、いじめ、又は暴行を受けた」を適用すべきであるとした。

請求人がひどい嫌がらせ、いじめ、暴行に当たると主張しているにもかかわらず、上司とのトラブルという過小評価にしたことは明らかである。こうした事例はめずらしくない。嫌がらせの態様や頻度などについて原処分庁は調査をしているはずであり、審査官の把握した事実とどの程度の相違があったのかは、公開された決定書からは判断できないが、

「精神障害労災認定基準専門検討会」への申し入れ

「言い返している」から一方的な嫌がらせではないというのはあまりにも稚拙な判断である。パワーハラスメントの「いじめ」と「トラブル」なのかの判断基準があいまいであることに起因する。また、パワーハラスメントであっても、「執拗」を要件としながら、その具体的な基準がはっきりしない。

2 労働時間の事実認定、評価を適切に行うこと

① いわゆる待機時間について

運転労働者以外は、通達等でもその位置付けが不明確で、しばしば労働時間として算定されないことがある。もちろん休憩室等で寝ている場合や、外出が許されているような場合と、運転労働者の荷待ち時間を同列に扱うことはできないが、少なくとも居場所が特定されていたり、すぐに対応が求められる状態である場合は、原則としてすべて労働時間として扱うべきである。

数年前に新宿労働基準監督署で役員付運転手の過労死事案で、日中の社内における待機や、夜の宴席の際の待機について、全て休み時間だと決めつけて不支給決定した。ちなみにこの件の監督署担当職員は、不支給理由を尋ねる遺族に対して、「審査請求しても無駄ですよ」などと豪語していた。労働時間は賃金明細にも明記されており、事業主はそれに応じて賃金を支払っていたことから、解釈だけの問題で、よほど自信があったのであろう。その後、東京労働局労災保険審査官は、待機時間もほぼすべて労働時間と事実認定して原処分を取り消した。

② 出張における業務範囲

出張と言ってもさまざまであり、2時間の会議に出るだけで、観光旅行をしたり、会議後の宴席がメインのようなものも皆無ではない。現在のコロナ禍においては、そのような出張はなくなり、会議をオンラインで行われることも多い。しかしながら、出張先関係者に、いわゆる名所を案内してもらったり、宴席にしても、関係者の親睦を深め、それが商談や成果に結びつくからこそ許容されてきたものである。労働時間ではなく成果で評価される時代になればなるほど、人と人とのつながりはきわめて重要である。少なくとも費用を相手であれ自社であれ、会社が負担するものについては、すべて業務としてとらえるべきである。

出張先での移動中も、宿泊先においても、メールのやりとりやパソコンで作業することは、きわめて普通のことであり、原則として、出発から帰宅まですべて業務ととらえるべきである。

③ 労働時間算定

テレワークについてはガイドラインも作成されているが、IT機器を使用していることがほとんどであることから、むしろ労働時間管理は容易である。労働者本人による申告制度を禁止していない以上、請求人側の主張を覆すような、客観的な証拠を雇用主側が提出できない限りは、原則として請求人の主張をすべて認めるべきである。

勤務時間外のメール、電話等の記録で業務遂行の時刻が明らかである場合でも、その時刻と時刻の間を労働時間として一切認めないような事例がしばしば見受けられる。もちろん労働者が帰宅後に入浴、食事をした後に、やっておかなければならないことを突然思い出してメールで連絡をしただけのような場合を除いて、基本的には請求人側の主張に沿って労働時間を認めるべきである。

書類等の成果物から、おおよその実労働時間が推定できる場合には、請求人や同僚等に尋ねて推定することを必須とすべきである。職場にいるにもかかわらず、私的な用事をしていただいただけという主張をする使用者もいる。これについても、客観的な証拠（例えば、友人・知人への架電記録や趣味のサイトへのアクセスが大量にある場合など）がない以上、業務の必要性があったとみなして労働時間とみなすべきである。

④ 勤務間インターバルが短いなど勤務時間の不規則性について

脳・心臓疾患の認定基準においては、労働以外の負荷要因のひとつとして、「勤務時間の不規則性」が明示されており、「拘束時間の長い勤務」、「休日のない連続勤務」、「勤務間インターバルが短い勤務」、「不規則な勤務・交替制勤務・深夜勤務」があげられている。ところが精神疾患の認定基準では、心理的負荷が認められる出来事として、休日のない「2週間以上の連続勤務」のみが例示されているだけで、交替制勤務や深夜勤務についても、「勤務形態の変化」としてあげられているに過ぎない。

い。「拘束時間の長い勤務」、「勤務間インターバルが短い勤務」、「不規則な勤務・交替制勤務・深夜勤務」は、それ自体が睡眠時間に大きく影響するものであり、心理的負荷は明らかである。心理的負荷が認められる「出来事」として把握するとともに、総労働時間数とともに適切に評価すべきである。

3 ハラスメントの評価

① 悲惨な事故や災害を目撃した場合

同僚が事故に遭ったり、ハラスメントを受けたり、自殺に追い込まれたりするのを見るのは非常に辛いものである。現行の例示では、「自らの死を予感させる程度の事故」、「被害者が死亡する事故」「多量の出血を伴うような事故」というような、悲惨さや災害の程度についてのみ基準のようなものが示されているが十分ではない。例えば、「被害者との関係」については何ら例示がない。まったく知らない被害者の交通事故に遭遇するような場合と比べて、自殺した同僚や部下が以前から請求人に助けを求めている場合や、自殺の第一発見者がお世話になってきた特定の訪問看護師や看護師等である請求人になるようにされた場合など、より大きな心理的負荷があることは明白である。

② 第三者(家族、同僚、退職者など)による評価

ハラスメントの場合、「指導に過ぎない」加害者側の評価と、被害者側の心理的負荷が大きく異なることが少なくない。会社関係者の聴取は当然行われているが、労災と認めたくない会社に配慮して、真実を述べることに躊躇することが少なくない。事実関係やその評価については、会社と利害関係のない退職者や家族などにも十分な聴取を行って、適切な事実認定と評価をするべきである。

③ 無視(仲間外れ)の評価

職場で特定の人物、または集団に「無視される」という出来事について、きちんと評価してもらいたい。パワーハラスメントの定義の6つのタイプのうちの「人間関係からの切り離し」にあたる。これまで取り組んだ事例でも、職場で直属の上司1人であっても長期に無視され続けて仕事に支障を来している場合や、集団に無視されている場合、しかも本人が派遣社員で派遣先の上司が加害者であり、誰に相談しても効果のある対策を取ってもらえなかった

場合など、心理的負荷をさらに過重とする条件下であるにもかかわらず、評価を「弱」にされることもある。

4 退職強要と解雇について

労災保険に携わる職員は、いわゆる労使紛争に関わることは皆無である。暴行等の脅迫的手段を用いた退職強要は稀であり、例えば、懲戒処分や通勤が困難な異動をほのめかしたり、虚偽の情報提供などで退職に追い込むケースが多い。一部の経営者団体や弁護士、社労士などは、法律的に問題なく「ローパフォーマンス社員」をどう扱うべきか、「上手に辞めてもらう方法」などを指南している。こうした退職勧奨の実態をまったく考慮しない例示になっている。

解雇については、どれほど理不尽で心理的負荷が大きくても、文書で理由を明示してあれば「強」にはならないという例示内容である。そもそも請求人に納得できない解雇は退職強要に他ならず、解雇そのものが不当であればあるほど、心理的負荷が大きくなるが、そうした調査や評価は労災担当者には困難であり、認定基準に詳しく例示するべきである。

5 基礎疾患について

① 発症前しか評価しない

精神的な不調を訴える労働者が増えている一方で、受診を躊躇する労働者も未だに少なくない。そして、精神疾患の診断は難しく、治療の必要性の判断も同様である。きわめて短期間のストレスで発症することも少なくない。

いずれにせよ、請求人が、いつ発症したのかを判断することはきわめて困難であるにもかかわらず、診察すらしていない専門医員が、相当以前の段階から発症していたと決めつける判断が非常に多い。そのことによって、精神的不調にもかかわらず長期間にわたって懸命に働き、結果として長時間労働やハラスメントなどの職場のストレスにさらされ続けた労働者ほど認定されないという事態が生じている。

厳密な意味での医学的な発症時期の特定は不可能であり、むしろ評価の期間を発症前に限るという認定基準の枠組みそのものを変更することが必

要である。実務的にも、通院も休業もしていない場合は、療養費も休業補償の請求も支給もあり得ないのだから、ストレスを受けた直後に受診したことが明らかな事例以外は、発症後の出来事も評価の対象とするべきである。

② 特別な出来事しか増悪を認めない

精神疾患の患者が増えている。通院しながら素晴らしい仕事をしている労働者もいる。いわゆる発達障害の労働者も、特別な才能を有することもあり、それを活かして働く人も少なくない。

ところが、そういう人に仕事が集中したり、ハラスメントを受けて、休業を余儀なくされた場合、現行の認定基準では、「特別な出来事」でなければ認定されない。一口に基礎疾患、障害と言っても、精神的なものについてはその程度や症状はさまざまであり、一律にあるかないかで区切ることはあまりにも乱暴である。

なお、基礎疾患を治療していた主治医は、発症しているにも関わらず通院していなかった事例よりもはるかに継続して、請求人の症状について把握していることが多い。したがって、主治医が業務によって明らかに増悪したと判断した場合は、それを明確に否定する医学的な知見がない限りは、原則としてすべて業務上とすべきである。

6 複数の出来事の総合評価

出来事が複数以上ある場合で、それぞれの出来事が関連せずに生じている場合、それぞれを評価して「強」となる出来事はないとはいえ、「中」の出来事が複数以上となった時の総合評価を、「強」とする事案が非常に少ない。

大阪労働局に毎年確認しているが、毎年30件ほどの支給決定件数があり（令和2年度は51件だった）、関連しない「中」の出来事が複数以上あったことから結果として「強」と評価された事案は、毎年せいぜい1、2件、多くても3件である。複数の出来事がある事例は、非常に多いにもかかわらず、このように少ないのは、どのような場合に「強」と評価するのか、基準が示されておらず、判断が難しいためではないかと推察する。しかし、実際には被災者にとって、ひとつの出来事の評価が「中」でも、いくつも重なることによって心理的負荷が過重になる場

合は多い。「強」の判断となった事案を例示するなどして、判断しやすいようにしてもらいたい。

7 労災の調査担当者の課題

労災認定基準そのものの問題が背景にあるとはいえ、あまりにも労災の担当職員が怠慢や誤りが目立つので、簡単に紹介する。

① 音声データを聞かない

ハラスメントについて請求人が証拠として音声データを提出したが、まじめに聴取せず、「聞き取り不能」と決めつけて判断材料にしなかったことがある。比較的低い価格（少なくとも増員するよりも）で文字おこししてくれる民間企業にある。きちんと予算を付けて反証させるべきである。

② 医学的意見を十分に調査しない

主治医への質問と専門医員との判断が異なる場合がある。少なくとも病名まで異なる場合には、再度主治医に質問すればよいだけであるのに、それすらしないことが多い。診察もしないで病名を決めつけるのは、患者との信頼関係を損ねる恐れがあり、治療妨害になりかねないので、労災保険請求に協力したくないという医師もいる。

③ 成果物など資料の分析をしない

請求人が提出した仕事に関する資料をまったく分析しようとせず、単純に労働時間記録だけで長時間労働ではないと判断する事例が増えている。

④ 重要な関係者の聴取をしない

請求人が最も事実を知っている同僚などの聴取を求めても、決めるのは労働基準監督署だということ会社にとって都合のよい人だけの聴取を行うことが少なくない。そのことが再審査請求でようやく明らかになることもあった。すでに連絡を取ることができなくなっていることもある。

⑤ 本人聴取と会社聴取を別の人間が行うなど

ハラスメントなど請求人と関係者の言い分が異なることが多い。その場合は両方の言い分を同じ人が聞いて信憑性を判断すべきである。ところが一部の労働局では、本人聴取と会社関係者の聴取を別の人間が行っている。裁判所ですら尋問は同じ人が行うのに、それほどの権限もない労働基準監督署職員が手分けして行うことは正確な事実把握ができるはずがない。





労働安全衛生法令策定のためサポートキット
2022.1.13 国際労働機関 (ILO)

包括的OSH法の 範囲と対象

1. はじめに

セクションIIの目的は、以下の3つの基礎について議論することによって、OSH [労働安全衛生] 法の適用範囲を定義するための様々な規制アプローチを分析することである。

- ▶ OSH法が適用されるのは誰か、つまり、義務があるのは誰か、また、法律に基づくそれらの義務を負うのは誰か？
- ▶ OSH法はどこで、いつ適用されるのか、つまり、上述の義務が生じる場所及び状況は何か？
- ▶ OSH法における義務によってカバーされる対象は何か、つまり、労働安全衛生とは何か？

これらの各要素を深く検討する前に、次のサブセクションで、国際労働基準に組み込まれている包括的OSH法の普遍性の原則について説明する。

2. 包括的OSH法の普遍性

2.1 包括的OSH法の普遍的对象範囲

包括的OSH法には、経済活動のすべての部門におけるあらゆる労働者に適用される基本的OSH原則が含まれる。誰も法的保護がないままに、またインフォーマル経済のなかに取り残されることないようにするために、あらゆる労働者に法律の対象範囲を広げることが重要である。

【国際労働基準】

- 1981年労働安全衛生条約 (第155号)
- 1981年労働安全衛生勧告 (第164号)

-2006年労働安全衛生促進枠組み勧告 (第197号)

第155号条約は、普遍的な適用範囲をもっており、経済活動のすべての部門及びあらゆる労働者に対して適用される。加えて、第164号勧告は、必要かつ実行可能な限り、第155号条約に規定する保護と類似の保護を自営業者に与える必要性に言及している。

第164号勧告はまた、最大限可能な範囲内で、すべての経済活動の部門及びあらゆる労働者に対して、第155号条約及び第164号勧告の規定が適用されるべきであると助言している。

第197号勧告もまた、労働者を完全にカバーすることを求めている。「職業上の負傷、疾患及び死亡を予防する観点から、国内制度については、すべての労働者、とくに危険性の高い部門の労働者及び被害を受けやすい労働者 (例えば、インフォーマル経済に従事する労働者並びに移民労働者及び若年労働者) の保護のための適当な措置を定めるべきである」(段落3)。

第155号条約は、その普遍的性格にもかかわらず、例外的に、使用者及び労働者の団体との協議のうえで、一定の労働者グループ及び経済活動の部門についての限定的な除外を認めている。しかし、CEACR [条約及び勧告の適用に関する専門家委員会] は、OSH法の適用範囲を漸進的に拡大することの価値を再確認している。CEACRは、次のように指摘している。

「条約中の除外の背景、条約の全体的な目的

がすべての労働者を職場の負傷及び疾病から保護することであること、1981年以来労働者のよりよい保護を可能とするかなりの技術的進歩があったことを踏まえて、加盟国及び社会パートナーは職場の負傷及び疾病に対する保護からいずれかの労働者を除外することの継続的妥当性についてより考えるべきであるというのが委員会の見解である」。

2.2 例外的に労働者グループを除外する可能性

第155号条約の第2条(2)は加盟国に、克服または対処することのできない特別な困難の存在する場合に、当局にそれらの困難に対処する時間を与えるために、一部の範疇の労働者を除外することを認めている。このためには、ある範疇の労働者を除外する決定がなされる前に、使用者及び労働者団体との協議を必要とする。第155号条約の第2条(3)はILO加盟国に対して、かかる除外の理由についてCEACRに報告するとともに、より広い適用に向けてなされたあらゆる進展について報告することを求めている。

そうした諸国では、(家事労働者、在宅労働者や自営業者または独立的労働者など) 伝統的にインフォーマル経済にいと認識されている労働者や人々にとって、OSH法がこれらの範疇をその適用範囲に含めるかどうかを明確に規定することが有益かもしれない。立法者がこれらの範疇のいずれかを主要な、一般的OSH法の適用範囲から除外すると決定した場合には、これらの労働者のためにOSH問題を規制するかどうか、どのように規制するかを考える必要があり、また、OSH法から除外された特定の範疇の労働者のために独立した法律を発行する必要があるかもしれない。

明確な除外/包含は、これらの範疇の労働状況が法的な宙ぶらり状態に陥ることを防ぎ、また、裁判官や労働市場のあらゆる関係者が不正確な解釈をすることを防ぐ。

【検討課題】

除外を設ける前に関係者と議論すべき課題：

- OSH法の適用範囲から除外すべき一定の範疇の労働者がいるか?なぜか?
- それらの労働者を含めるうえでの特別な困難とは何か?
- OSH法の適用範囲がそれらの者をカバーすることができるようにするために、それらの困難に対処する方法はあるか?
- 一定の範疇の労働者がOSH法の範囲から除外される場合、特定の範疇の労働者のための独立した労働/OSH法、労働協約または自主規制など、他のどのような手段を用いることができるか?なぜか?
- あらゆる労働者にOSHの完全適用を達成するためにどのような手段を講じることができるか?

2.3 例外的に経済活動の部門を除外する可能性

第155号条約の第1条(2)は、海運業、漁業等の重要性を有する特殊な問題が生ずる特定の経済活動部門について、条約の一部又は全部の適用から除外することを認めている。それには、ある範疇の経済活動の部門を除外する決定の前に、使用者及び労働者団体との協議が必要である。第155号条約の第2条(3)は、ILO加盟国に対して、かかる除外の理由についてCEACRに報告するとともに、除外された部門の労働者に適切な保護を与えるためにとられる措置について説明し、より広い適用に向けてなされたあらゆる進展について報告することを求めている。

【検討課題】

除外を設ける前に関係者と議論すべき課題：

- OSH法の適用範囲から除外すべき一定の経済活動の部門があるか?なぜか?
- それらを含めるうえでの特別な困難とは何か?
- OSH法の適用範囲がそれらの経済活動の部門をカバーすることができるようにするか、若しくはそれらが他の関連する法律または規範(労働協約、自主規制)によってカバーされるようにするために、それらの困難に対処する方法はあるか?
- 一定の経済活動の部門がOSH法の範囲から

除外される場合、特定の範疇の労働者のための独立した労働/OSH法、労働協約または自主規制など、他のどのような手段を用いることができるか?なぜか?

- あらゆる部門にOSHの完全適用を達成するためにどのような手段を講じることができるか?

3. OSH法が適用されるのは誰か?

[2022年6月号で紹介]

4. OSH法の義務はいつ、どこで適用されるか?

誰がOSH義務を負うのか、それらの責任を誰にに対して負うのかを決定することに加えて、範囲の問題は、それらの責任をどこで負うのかを検討する必要がある。

セクション1で述べたように、初期のOSH法令は、限られた範囲の職場及び産業のみを対象としていた。これは、歴用範囲が、非常に厳密かつ狭いやり方で定義されたことが多いことを意味している。

【国の事例10】[省略]

上述したように、法律の適用を一定の産業に限定する旧来型のアプローチは、第1条及び第2条で、OSH原則が「経済活動のすべての部門」及び「すべての労働者」に適用すると規定した第155号条約によって導入された、普遍性の原則に取って代わられた。

OSH法がいつ、どこで適用されるかを定義するには、いくつかのやり方がある。そのいくつかを以下に紹介する。

【設計オプション】

- (i) 法律が適用される場所を示す「職場」の用語を定義する。
- (ii) 法律がどこで、いつ適用されるかを示すのに、「労働が行われる場所」及び「労働についていること」という公式を用いる。
- (iii) 法律が適用される場所または経済活動の部門を列挙する。

第155号条約は、職場という用語を、「労働者が就業のため、いる必要がありまたは行く必要があ

る場所であって、使用者の直接的または間接的な管理下にあるすべての場所」と定義している。

第155号条約に組み込まれた職場の定義は広範囲なものであり、普遍性の原則に沿ったものでもある。「労働が行われる場所」及び「労働についていること」という表現を使うことも、広い範囲をカバーすることを可能にするかもしれない。

一方、場所または業種を列挙することは、明示的に列挙されていないすべての業種を法律の適用範囲から外すリスクがあることから、重大な制限のある技術である。もし立法者が特定の業種/職場を意図的に除外することを望むのであれば、そうするための相対的に安全なアプローチは、いつ、どこで普遍的にか定義し、また、明示的に当該業種/職場を除外することであろう。これは、OSH法の適用範囲を意図せず過剰に限定してしまうことを防ぐだろう。

【国の事例11】[省略]

5. 「労働安全衛生」という用語の範囲は何か?

第155号条約は、「使用者は、職場、機械、装置及び工程であって当該使用者の管理下にあるものが、合理的に実行可能な限り、安全でありかつ健康に対するリスクがないものであることを確保することを要求される」と規定している。

労働衛生は、労働衛生に関するILO/WHO合同委員会によって、「あらゆる職業における労働者の最高度の身体的、精神的及び社会的福利の促進及び維持を図ること、労働者の労働条件によって引き起こされる健康からの逸脱の防止、雇用している労働者の健康に有害な要因から生じるリスクからの保護、労働者をその生理的及び心理的能力に適応した労働環境に置き、またそれを維持すること、要約すれば、労働を人間に、また各人を自らの労働に適合させること」と定義されている。

結果的にOSHは、身体的だけでなく、労働における精神的安全及び健康も対象としている。多くの国が、このことを、様々なやり方で自国のOSH法令のなかで明示的に明らかにしている。

【国の事例12】[省略]



ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き



国際クリソタイル協会はロッテルダム条約を攻撃

ロッテルダム条約事務局に対する書簡, 2022.5.31

われわれは、世界のアスベスト関係者を代表するプロパガンダ機関である国際クリソタイル協会(ICA)によるロッテルダム条約(RC)とその化学物質レビュー委員会(CRC)に対する攻撃に対する重大な不安と懸念を表明するために、この手紙を書いている。

われわれの団体は、アジア、オセアニア、中南米、ヨーロッパの市民団体を代表している。われわれは共同で、何百万もの労働組合員、アスベスト被害者、医学専門家、技術専門家や関心をもつ市民を代表している。われわれは、過去のロッテルダム条約締約国会議において、クリソタイルアスベストのロッテルダム条約付属書Ⅲへのリスト掲載に対する締約国の圧倒的な支持にもかかわらず、当初はカナダに主導され、最近ではロシアに率いられた一握りの国が、いかに無慈悲にもクリソタイルアスベストの付属書Ⅲへの追加を妨害してきたか見てきた。

締約国会議(COP)におけるICAの存在は、われわれにとって謎である。彼らは明らかに、ロッテルダム条約が表明している目的を達成するのを阻止している、商業的な既得権益をもつグループである。

… [一部省略] …

タバコ企業がILOやWHOの会議から締め出さ

れているいま、ICAが、ロッテルダム条約のCOP10に再びオブザーバーとして参加することを許され、侮辱的で挑発的なタイトル「SDGs:クリソタイルアスベストの貢献」のサイドイベントを開催することを許されている理由を、われわれはあらためて問いたい。持続可能な開発目標を推進するのに、クラス1の発がん物質を使うことは論理的に不可能であり、この提案されたサイドイベントのタイトルは、イギリスの専門家ロリー・オニールによれば、「不誠実かつ有害」である。

気候に起因する災害の頻度と深刻度の増大、クリソタイルアスベストの危険性に関する最新の知見、致命的有毒物からの曝露のない生活を送る人権を認めた国連人権理事会の決議、健康的な労働を基本的人権とするILOの計画、その他の同様の進展を考えれば、ICAサイドイベントがロッテルダム条約の公式プログラムに含まれていることは言語道断だろう。

提案されているICAのサイドイベントは、COPでの議論にポジティブな貢献をするものではない。それは、脆弱な人々をさらに何年も有害な曝露から守るための進展を阻むために、参加者の間に混乱と不確実性を広げるプロパガンダ手段である。アス

ベスト関係者は、輸入国がクリソタイルアスベストとそれを含む製品を国民が安全に使用できるかについて、十分な情報を得たうえで決定するために必要な情報が提供されないよう、必死になっている。アスベストの輸入がもたらす健康や環境に対するリスクを知る権利は、アスベストの禁止に等しいものではないが、意思決定者にとってもっとも明らかに有益なものであることは間違いない。

われわれはそれゆえ、このサイドイベントの承認を取り消し、プログラムから抹殺することを要求する。さらにわれわれは、ICAをはじめとするアスベスト推進派のロビーグループの条約会議への出席を禁止する措置をとるよう要求する。

2022年6月6日にロッテルダム条約第10回締約国会議が開始されるため、6月5日までに本書簡に対する返答をお願いしたい。

この通信に対する返信がない場合、われわれはこれをすべてインターネットにアップロードし、世界の人々を致死的な物質への曝露から保護することを目的とした多国間条約を傷つけようとする、利益に誘導された卑劣な試みに対する注意を喚起する。

- ・ Ambet Yuson : 国際建設林業労働組合連盟 (BWI) 書記長
- ・ 古谷杉郎 : アジア・アスベスト禁止ネットワーク (ABAN) コーディネーター
- ・ Sanjiv Pandita : 労災・公害被害者の権利のためのアジアネットワーク (ANROAV)
- ・ Muchamad Darisman : インドネシア・アスベスト

禁止ネットワーク (InaABAN)

- ・ Surya Ferdian : 労働安全衛生ローカル・イニシアティブ (LION) インドネシア
- ・ Eliezer João de Souza : ブラジル・アスベスト曝露者協会 (ABREA) 会長
- ・ Zuleica Nycz : Toxisphera 環境保健協会事務局長、ブラジル
- ・ Robert Vojakovic : オーストラリア・アスベスト疾患協会 (ADSA) 会長
- ・ Kate Lee : Union Aid Abroad APHEDA 事務局長、オーストラリア
- ・ Liam O'Brien : オーストラリア労働組合評議会 (ACTU) 副事務局長
- ・ Felix Gnehm : Solidar Suisse 事務局長
- ・ Laurie Kazan-Allen : アスベスト禁止国際書記局 (IBAS) コーディネーター
- ・ Jawad Qasrawi : Hazards Publications, イギリス

※6月5日に届けられたロッテルダム条約事務局からの返答は、ICAは条約の締約国会議手続規則のもとでオブザーバーとして認められており、会議に参加した締約国の3分の2以上の反対がなければ拒否できない。また、賛成・反対双方の締約国・オブザーバーによるサイドイベントを認めるのが長年の慣例になっているというものであった。
<http://www.ibasecretariat.org/letter-to-rotterdam-convention-secretariat-may-30-2022.pdf>

WHO・ILOはICAのアスベスト安全主張に明確に反対 WHO and ILO, 2022.5.24

以下は、世界保健機関 (WHO) による、来月のロッテルダム条約 [RC] 締約国会議 (COP) に向けた、国際クリソタイル協会 (ICA-国際的アスベストロビー団体) の主張に対する反論である。WHOは、「世界保健機関は、アスベスト関連疾患を根絶するもっとも効果的な方法は、すべての種類のアスベ

ストの使用をやめることであるという方針に変わりがないことをあらためて表明する」としている。

WHOの声明は、ICAが今月、WHOと国際労働機関 (ILO) の方針が、アスベストの使用継続に対するICAの擁護を支持していると主張したことを受けて出されたものである。ICAがジュネーブでのロッ



Re: International Chrysotile Association Attacks on Rotterdam Convention Rotterdam Convention Secretariat

テルダム条約COPで「広く」配布するつもりだと言う、そのロッテルダム条約概要説明文書は、そのアスベスト擁護の立場がWHOやILOの方針と一致していると、根拠なく主張している。

ICAは、ロッテルダム条約の化学物質レビュー委員会（CRC）が繰り返し勧告しているにもかかわらず、クリソタイルアスベストの輸出に対する知る権利（事前の情報提供に基づく同意）要求をやめさせることを追求している。これに対してICAは、第三者から不当に影響を受けたかもしれないことをほめかして、CRCの公平性を疑問視している。

ICAの概要説明文書には、「低レベルの曝露には…観察可能な健康影響はない」という犯罪的に危険な主張が含まれている。この点は明らかに嘘であり、意図的なごまかしであって、WHOは明確に反論している。WHOは、「有害影響の閾値は確認されておらず、したがって安全な曝露レベルを設定することは不可能である」と指摘している。

WHOはまた、いまやICAのアスベスト輸出促進活動の標的である開発途上国では、リスクや予防活動の可能性に対する意識が限られているかもしれない、また、関連するがんが見逃されたり、誤認されているかもしれないと指摘している。世界的に、今日のアスベスト関連死亡の原因となる曝露の多くは、一次生産においてではなく、DIY、建設やメンテナンス活動中に、無意識かつほとんど管理されていない曝露によって生じている。20年間アスベストを禁止している国でも、ほとんどが既存アスベストにより引き起こされた、過去最高またはそれに近い水準のアスベスト関連がんを観察している。

ICAは、ロッテルダム条約〔締約国会議〕で6月14日に、「SDGs：クリソタイルアスベストの貢献」に関

するテーマでサイドイベントを開催する予定である。国連はこのサイドイベントを承認している。アスベスト使用を事実上促進することは、国連の持続可能な開発目標（SDGs）に、少なくともその目標3「健康の権利」と明らかに矛盾している。SDGsの目標達成に貢献しているというICAの主張は不誠実かつ有害である。

とりわけ、信頼できる労働・環境衛生問題に取り組む団体から提出された一部の申請が承認されなかったこともあり、ICAのサイドイベントが承認されたことは問題である。

Hazards Magazine

国際クリソタイル協会（ICA－国際的アスベストロビー団体）による誤った情報に対する世界保健機関（WHO）の声明に続き、国際労働機関（ILO）は、2022年6月のバーゼル・ロッテルダム・ストックホルム条約の会議に下記の立場声明を提出する予定である。声明のなかでILOは、「すべての種類のアスベスト及びアスベスト含有物質の将来の使用の根絶を促進する」という、その政策的立場をあらためて表明している。

それは、WHOによる声明と同様に、ILOとWHOの方針がアスベストの使用継続を支持していると主張したICAの声明に直接反論している。ICAは概要説明文書のなかで、「この方針が残っている限り…クリソタイル擁護派を支援することに貢献するはずだ」と述べた。ICAは、ロッテルダム条約会議で、クリソタイルアスベストの輸出に、基本的な知る権利である「事前の情報提供に基づく同意」の健康警告を付けることを要求する動きを止めることを希望している。

ICAキャンペーンに対応した声明のなかでILOは、「アスベスト曝露から労働者を保護し、将来のアスベスト関連死亡・疾病を防止するもっとも効果的な手段として、アスベストの将来の使用の根絶と、現在使用されているアスベストの把握と適切な管理を求める」という長年堅持している立場に言及している。

Hazards Magazine

アスベストの使用の安全に関する ILOのポジション

1. アスベストに関する国際労働機関 (ILO) の立場は、同機関によって採択された国際文書 (関連する条約・勧告と国際労働会議決議) やILO実施準則によって規定されている。これらの国際文書は、労働者の保護とアスベスト関連疾患の予防のための、国及び企業レベルにおける包括的予防措置のための強固な法的基盤と実践の手引きを提供している。
2. ILOの1986年アスベスト条約 (第162号) は、アスベストへの職業曝露による健康ハザードからの労働者の防止、管理及び保護のために講じられるべき措置を規定している。第162号条約の主な規定の内容は、以下のとおりである。
 - ・一定の種類のアスベストまたはアスベスト含有製品の、相対的に有害性の少ない物質または製品への代替
 - ・一定の労働工程における一定種類のアスベストまたはアスベスト含有製品の全面的または部分的禁止
 - ・アスベスト粉じんの大気中への飛散を予防または管理し、曝露限界値またはその他の曝露基準の遵守を確保し、また、合理的に実行可能な限り低減するための措置
3. 1974年職業がん条約 (第139号) は、発がん性物質・因子によって引き起こされる職業ハザードの管理及び防止のために講じられるべき措置を規定している。第162号条約の主な規定の内容は、以下のとおりである。
 - ・職業曝露を禁止し、または許可若しくは管理の対象とする発がん性物質・因子を定期的に

決定すること

- ・労働者が業務上に曝露するかもしれない発がん性物質・因子を非発がん性物質・因子または相対的に有害性の低い物質・因子によって置き換えるあらゆる努力をすること
 - ・発がん性物質・因子に曝露する労働者数及びその期間・程度を最小限にすること
4. アスベストに関する決議が、2006年の第95回国際労働会議で採択された。クリソタイルを含め、すべての種類のアスベストが国際がん研究機関 (IARC) により人に対する発がん物質として分類されていることを指摘し、また、とりわけアスベスト除去、解体、建物保守、船舶解撤や廃棄物処理活動において、労働者がアスベスト曝露による深刻なリスクに直面し続けていることに懸念を表明して、それは以下を要求している。
 - ・アスベスト曝露から労働者を守り、将来のアスベスト関連疾患・死亡を防止するもっとも効果的な手段としての、アスベスト使用の根絶と現在使用されているアスベストの把握と適切な管理決議はまた、アスベストの使用における安全に関するILO条約、第162号は、アスベストの継続的使用を正当化や支持を与えるために使われてはならないことを強調した。
 - この決議を受けた理事会の指示を踏まえて、[国際労働] 事務所は、以下のことをしている。
 - ・第162号及び第139号条約の批准と発効を加盟国に奨励することを継続するとともに、すべての種類のアスベスト及びアスベスト含有物質の将来の使用の根絶を促進すること。
 - ・現在使用されているすべての種類のアスベストの把握及び適切な管理を促進すること。
 - ・ILO加盟国が、労働安全衛生に関する国の計画にアスベストへの曝露から労働者を保護するための諸措置を含めるよう奨励及び援助すること。

※https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/areasofwork/occupational-health/WCMS_360580/lang-en/index.htm



ロッテルダム条約第10回締約国会議(COP10)概要報告

IISD Erath Negotiation Bulletin, 2022.6.6-17

●ロッテルダム条約の簡単な歴史

1998年9月に採択され、2004年2月24日に発効したロッテルダム条約は、PIC[事前の情報提供に基づく同意] 手続を実施するための法的拘束力のある義務を創設したものである。この条約の目的は、特定の有害化学物質の国際取引において、人の健康と環境を潜在的な危険から保護するために締約国間の責任分担と協力努力を促進し、有害化学物質の特性に関する情報交換の促進、その輸出入に関する国内の意思決定プロセスの提供、及び決定の締約国への提供によって、有害な化学物質の環境に配慮した使用に寄与することである。現在、条約締約国は165か国、附属書Ⅲには、35の農薬、16の工業用化学品、農薬と工業用化学品の範疇の両方に含まれる1つの化学物質の合計52の化学物質が掲載されている。

最近の焦点: 長年の間合意を得られていない問題がある。それには、カルボスルファン、フェンチオン、パラコートジクロライド製剤やクリソタイルアスベストなど、いくつかの化学物質の附属書Ⅲへの掲載が含まれている。COP[締約国会議]は、これらの化学物質がリスト掲載のためのすべての基準を満たしていることには合意しているものの、それらを附属書Ⅲに含めることについてはまだ合意に至っていない。COP7(2015年5月4-15日、ジュネーブ)において、参加者は、掲載に賛成及び反対の理由を確認し、それやその他の情報に基づいて、プロセスの有効性を改善するための選択肢を開発して、これらの化学物質のPIC手続を支援するための情報の流れを可能にする提案を策定する会期間ワーキンググループを設置することに合意した。COP8へのワーキンググループの報告及びCOP9に提出された追加情報を受けて、締約国は事務局に

対して、研修活動を実施するとともに、化学物質レビュー委員会(CRC)の透明性と参加の改善について報告するよう求めた。

COP9において締約国は、これらの化学物質のリスト掲載に合意できず、また、アセトクロールのリスト掲載にも合意できなかった。締約国は、ヘキサブロモシクロドデカン(HBCD)とホレートに附属書Ⅲに含めることには合意した。また、締約国は、締約国による条約の実施を促進する遵守メカニズムを採択することによって、第2の長年の問題を解決した。

●会議の報告

クリソタイルアスベストのリスト掲載

6月14日火曜日、事務局が、この一般的な種類のアスベストに関する文書(RC/COP.10/8, Add.1, INF/8/Rev.1)を紹介し、COP3[2006年]がリスト掲載のための基準を満たしていることを決定したが、この物質を条約の附属書Ⅲに含めるという合意に達することができていないと指摘した。

ジンバブエ、インド及びパキスタンはリスト掲載に反対した。ロシア連邦とカザフスタンはクリソタイルアスベストのリスト掲載の検討を中止するよう求めた。2名のオブザーバーが経済的利益を引き合いに出してリスト掲載に反対した。

6月16日木曜日、カザフスタンは、シリア、ロシア連邦及びジンバブエの支持を受けて、COPはクリソタイルアスベストの附属書Ⅲへのリスト掲載をレビューする手続を終了し、附属書Ⅲの候補物質のリストからこの物質を外すとした決定案(CRP.14)を提出した。多数の国がこの提案に反対した。

ロッテルダム条約COPのハシャシネ議長代理は、締約国はクリソタイルアスベストについて合意に達することができず、この問題はCOP11の議題に含まれることになるかと報告した。

●会議の簡単な分析

ロッテルダム条約のもとでのオープンパスの模索

ロッテルダム条約は、情報交換を促進して、懸念される化学物質を輸入する国がそれらの物質の潜在的な影響を理解するのを確保することを目的としている。付属書Ⅲへの化学物質のリスト掲載は、生産、使用及び国際貿易の禁止を意味するものではない。しかし、多くの締約国やオブザーバーが、リスト掲載がそれらの化学物質の利用可能性を低下させるだろうという懸念を挙げて、経済的に価値のある物質のリスト掲載に一貫して反対している。この懸念は、一部の国が鳥、昆虫や雑草から作物を守るために依存している農薬の議論にとくに顕著に表われている。

ロッテルダム条約に価値のある物質をリスト掲載することへの反対は根強く、クリソタイルアスベストの場合は2003年にまでさかのぼる。COP10では、2つの化学物質－デカブロモジフェニルエーテル（decaBDE）とペルフルオロオクタン酸（PFOA）のリスト掲載しか合意できなかった。この両方の化学物質はストックホルム条約のもとで全廃が予定されているため、締約国が貿易への悪影響からこれらの物質を守ろうという動機は限られていた。

他の5つの化学物質は、COPがリスト掲載の基準が満たされていることに合意したにもかかわらず、何年も条約の議題になっている。こうした「ゾンビ化学物質」には、農薬のアセクロール、カルボスルファン、パラコート、フェンチオンが含まれる。5つ目のゾンビ化学物質は、世界のアスベスト生産量の99%を占めるクリソタイルアスベストである。この物質は数種類のがんを引き起こし、いくつかの地域では使用が禁止されているが、耐久性があり価格も手ごろだと考えられているため、多くの国でいまだに建設（屋根瓦や水道管など）に使用されている。クリソタイルアスベストがもたらす危険性の証拠は議論の余地がないが、COP10では、一部の締約国やオブザーバーが、この物質に関するさらなる科学的な検討、または検討を完全に終了するよう求めた。

あるベテラン参加者は、条約が採択されたときには、化学物質レビュー委員会によって勧告された

化学物質はリスト掲載するという「紳士協定」（おそらくジェンダーバラスが今日の水準よりもずっと低かった頃）が結ばれていたと回想した。しかし、いくつかの進展がその後、この合意を壊してしまった。COVID-19パンデミックやロシアのウクライナ戦争を含め、世界の主要な出来事によって引き起こされた経済的混乱によって、PICリスト掲載が化学物質の利用可能性を抑制するのではというおそれが増幅された。こうした出来事はサプライチェーンを混乱させ、世界の多くの地域で深刻な食糧不足のリスクを高めており、より高価な代替品の使用を必要とする可能性のある行為に対する多くの締約国の反対を強めている。

これに関連して、一部の締約国は、禁止物質のリストを作成するために付属書Ⅲを使用する、Better Cotton Initiativeなどの、民間の基準や他の国際規範への掲載の影響を挙げている。これらの基準は自主的なものではあるが、先進国のバイヤーが調達要件として広く利用している。その結果、物質のリスト掲載がグローバル市場での事実上の禁止を誘発し、再び市場アクセスを大きく制限していると、これらの当事者は主張する。ある途上国は、これらの民間団体は「条約をその崇高な目的から逸脱させている」と述べた。5つのゾンビ化学物質のリスト掲載の進捗状況や今後の勧告を考慮すると、ロッテルダム条約は、ますます強力になる民間ガバナンスの仕組みへの影響や関係を考慮する必要があるかもしれない。

COP10では、締約国は長年の課題に関して合意への道筋をつけようと試みて、多くの時間を費やした。こうした努力が実を結ばなかったとき、一部の参加者は、意思決定規則を変更して投票を認めることが、多国間協力を確保し、条約の目的を守る唯一の方法ではないかとほのめかした。このような動きには、ほぼ間違いなく多大な抵抗があるだろう。しかし、条約の将来に対する懸念から、締約国は行き詰まりのパターンを打破するために大胆な措置を講じる気になるかもしれない。



※<https://enb.iisd.org/basel-rotterdam-stockholm-conventions-brs-cops-2022-summary> (抜粋)

ジュネーブにおける行動:アスベストを止めよ

Solidar Suisse, 2022.6.15

ロッテルダム条約の締約国会議 (COP) が現在ジュネーブで開催されている。国際法上の拘束力をもつこの条約は、とりわけクリソタイルアスベスト (白石綿) を含め、有害な化学物質や農薬から労働者と環境を保護することを目的としている。この条約は、リストに掲載された有害物質の輸出国は、健康リスクについて事前に受取国に通知しなければならないとしている。

●死体の上を歩くロビー

今年もまた、アスベスト・ロビーは、有害物質リスト掲載の全会一致原則を悪用した。ロシアを中心とする少数の国々が、白石綿をはじめとする4つの物質を条約の付属書Ⅲに加えることを阻止したのである。また、インド、カザフスタン、パキスタン、ジンバブエ、シリアも抵抗者のリストに加わった。そして、これは、国際労働機関 (ILO) が画期的な決定で、「労働の基本的原則と権利」に安全と健康を追加してから、わずか数日後のことであった

このスキャンダルによって、毎年20万以上の人々の命が奪われている。そして、その製品を売るために国際クリソタイル協会は手段を選んでいない。今年の会議で国際クリソタイル協会は、サイドイベントを主催してその致命的な製品を宣伝し、それが無害であると宣伝させたのである。残念ながら、ロッテルダム条約の目標を頓挫させるこのイベントを、パートナーらとともに防ごうとした試みは失敗に終わった。

●連帯行動とイベント

しかし、より重要なことは、ロッテルダム条約の改善のためのわれわれの要求を責任のある参加者に提示する機会を得たことである。ITUC (国際労働組合総連合)、ACTU (オーストラリア労働組合

評議会)、BWI (国際建設林業労働組合連盟)、CLAWUZ (ジンバブエ・セメント・石灰・関連労働組合) を含む30以上の労働組合、市民団体の国際ネットワークの一員として、われわれは、会議場の外で行動を起こし、条約の破壊的な乱用に注意を促した。国際労働組合総連合 (ITUC) のオウエン・テューダー副事務局長は、ロッテルダム条約締約国会議のモハメド・ハシャシネ議長代理に共同署名した公開書簡を手渡した。

ACTU、BWI、IPEN (国際汚染物質廃絶ネットワーク)、PAN (農薬アクション・ネットワーク) とともにわれわれはまた、会議場でサイドイベントを開催した。様々な国際機関や団体の専門家によるパネルディスカッションは、とりわけグローバルサウスにおいて、アスベストその他の有害物質から、労働者を保護するために、ロッテルダム条約を緊急に適応させる必要があることをあらためて明らかにした。

●封鎖を打ち破る

膠着状態を終わらせなければならない。他の国の責任者の圧倒的多数は、われわれのフラストレーションを共有している。われわれは、わずかな者の妨害的な態度を最終的に克服するために、彼らが次の会議までにロッテルダム条約を適応させるために必要な措置を講じることを求める。

●全体会議でのスリヨノの発言

私は、クリソタイルを原料として使って断熱材やグラッドパッキンを製造する、インドネシアのアスベスト紡織工場で25年以上働き、石綿肺と診断された。

私は、毎日、クリソタイルアスベストを混ぜ、ひっかけ、ねじり、編み込む何十人もの労働者の一人だった。適切な個人保護具もないまま、アスベストの袋を手で持ち上げ、空にしていた。作業服は家に持



ち帰って洗濯し、アスベストが生産されている場所で飲食や休憩をしていた。使用されているこの物質が有毒で人の健康に有害であることを知るための情報も広報もないため、この恐ろしい状況を知る者は多くない。年々、私の健康は悪化の一途をたどっている。寝るときに必ず胸が痛くなり、夜中に咳き込むのが日課になった。このような状態では、生産的に仕事をするとはきわめて困難だった。クリソタイルアスベストは開発途上国にあふれ続け、危険性についての警告もなく、使用制限もなく、管理もされず、市場で自由に使われることだろう。それは、クリソタイルアスベストの取り引きを続けることをいまだに許している、ここにいる紳士淑女の役割のせいである。

今日、私は、アスベスト疾患にさらされた友人たちを代表して、アスベスト問題が工業製品の取り引きだけに限られるのではなく、健康権と人権の問題でも

あることへの連帯を求めるためにここにいる。

アスベストは安全な物質だというのはやめていただきたい、それは神話にすぎない。もう一度私は言う。「私自身がクリソタイルアスベストが危険で有害であることの証明だ」。肺が痛み、傷つけられる人がまだ増え続けるだろう。愛する者を失う家族がまだ増え続けるだろう。危険な有害物質が公の場で事由に流通するのを許している、この場にいる紳士淑女もその責任者の一人である。

このため、この場で私は、出席しているインドネシアや、人類を大切に思う他の国々の代表に、クリソタイルアスベストを付属書Ⅲにリストに含めること的重要性を主張するようお願いする。



※インドネシア・アスベスト禁止ネットワーク(InaBAN)のスリヨノと通訳を務めたアジャットは、アジア・アスベスト禁止ネットワーク代表として参加した。

<https://solidar.ch/en/stop-asbestos/>

がんを打ち負かす－欧州の環境の役割

European Environment Agency (EEA), 2022.6.28

欧州環境機関(EEA)は2022年6月28日に、「がんを打ち負かす [Beating cancer]－欧州の環境の役割」と題したウェブ報告(1)と「汚染への曝露が欧州の全がん症例の10%を引き越している」というニュース記事(2)をアップロードした。

このウェブ報告は、欧州におけるがんの環境・職

業的決定因子に関する証拠とEUによる政策対応の簡単な概要を提供している。

EU-27か国で毎年、270万人の新しい患者ががんと診断され、130万人が亡くなっている。修正することが可能なリスク要因は、欧州におけるがん症例の約40%を占めている。そうした外因性リスク要因

には、ライフスタイルに関連したもの（例えばタバコの使用、肥満、食事、飲酒など）、一部の感染症、発がん性化学物質への環境・職業曝露、紫外線、室内ラドンや大気汚染がある。がんの環境・職業リスク要因は修正することが可能であり、行動、環境、プロセス、規制や政策の証拠に基づいた介入を通じて低減することができる。2019年の欧州の全がん死亡の9%は、環境・職業要因によるものと推計されている（GBD2019）。国レベルの研究によれば、環境・職業要因が欧州のがん症例の10%を引き起こしているかもしれない。さらに、これらの推計は知識のギャップや不確実性のために方法論的に保守的であり、環境・職業リスクへの曝露の実際の寄与を過小評価している可能性が高い。

「環境リスクとがんとの関連」として、大気汚染、ラドン、紫外線、化学物質、受動喫煙、アスベストについては別途情報を提供しており、アスベストに関する情報が別稿で紹介するものである。

続いて、「環境・職業リスク要因に対処するEUの様々ながん予防イニシアティブ」について、以下のように解説。

「欧州ピーティング・キャンサー計画」は、がんに対する流れを変えるための政治的コミットメントであり、がんの予防、治療及びケアを改善する緊急の必要性に対するもっとも新しいEUの対応である。この計画は、発がん物質への曝露を低減させることを明確に約束している。そのフラッグシップ・イニシアティブのひとつが「欧州がん不平等登録」であり、加盟国間におけるがんの発生率、傾向及び不平等を確認することを任務としている。

「EUキャンサー・ミッション」は、「欧州ピーティング・キャンサー計画」と共同で、予防と治療を通じて2030年までに300万人以上の人々の生活を改善し、また、がんに罹患した人々とその家族に、より長く、よりよく生きるか縫製を提供することを目標としている。このミッションには、4つの具体的目標があり、そのうちのひとつは具体的にがんの予防に関するものである。

「欧州対がんコード」は、受動喫煙、紫外線や様々な汚染物質などの環境リスク要因をカバーした証拠に基づく勧告に従うことによって、それらの

がんのリスクを低減するためにとることのできる行動を人々に知らせる、欧州委員会のイニシアティブである。

「がんに関するロードマップ」は、欧州委員会、EU-OSHA [欧州労働安全衛生機関]、欧州社会パートナー及び一部の加盟国が、職場における発がん物質への曝露によって生じるリスクについての注意を喚起し、グッドプラクティスを交換するための自主的な取り組みである。

「がんに関するナレッジセンター」は、独立的な、証拠に基づく科学的協力を進展させるとともに、欧州委員会のがんに関連した政策・活動を支援している。

その他にも、がん予防の様々な側面や環境・職業がんリスクの低減が果たしうる役割に関連した、いくつかのEU規模のイニシアティブ・科学委員会やEUが資金提供する研究プロジェクトがある。これらの活動は、欧州委員会の「政策のためのナレッジ・プラットフォーム」によってマップ化された、直接・間接の関連性と相乗効果をもっている。

最後に、以下のような「結論」を示している。

環境・職業がんのリスクは本質的に予防可能であり、それらを低減することは欧州におけるがんの負荷を低減するための鍵である。さらに、人々ががんのほとんどの職業・環境決定因子から自らを守る範囲は限られており、規制的介入と政策実行をとりわけ必要かつ適切なものになっている。政策と規制は、（職業上のもを含め）曝露の防止と汚染の低減のために割り当てられる十分な資源によって裏打ちされる必要がある。

いくつかの環境・職業発がん物質への曝露が減少傾向にあることは心強いことではあるが、それだけでは十分ではなく、また一般的な傾向を示すにはほど遠い。がんの症例は過去の曝露を反映する傾向があるため、曝露の減少傾向ががんの発生率に反映するには何年もかかるだろう。

データが不完全であり、不確実性も高いものの、既存の科学的証拠は、環境・職業曝露を低減することが、がんリスクを低減するための効果的かつ費用節約的な戦略であることをしっかりと支持している。さらに、発がん物質への環境・職業曝露の実際

の寄与をかなり過小評価している可能性がある。容易に正当化できる予防原則のもとで汚染を低減させる断固とした行動をとるために、環境リスクからがん症例に至る因果関係の経路のすべて  の段階を完全に理解する必要はない。

- (1) <https://www.eea.europa.eu/publications/environmental-burden-of-cancer/ beating-cancer-the-role-of-europes>
- (2) <https://www.eea.europa.eu/highlights/pollution-and-cancer>

環境リスクとがんと関連:アスベスト

European Environment Agency (EEA), 2022.6.28

すべての種類のアスベストが発がん物質として知られており、主に中皮腫や肺がんを引き起こす(ただし、それだけではない)。「EUでは」2005年以降禁止されているにもかかわらず、アスベストへの曝露は起り続けており、過去のアスベスト曝露に起因するがんの症例は今後もみつきり続けるだろう。現在及び予測可能な将来においてとくに懸念されるのは、建物の改修や解体の際にアスベストに曝露する可能性のある労働者である。

アスベストとがん

すべての種類のアスベストが、IARC [国際がん研究機関] によって既知の発がん物質に分類されており、肺がん、喉頭がん、卵巣がんに関連しており、また、悪性中皮腫のほぼすべての症例の原因となっている。EU [欧州連合] では2005年から禁止されているものの、欧州におけるその遺産は根強く残っている。アスベスト曝露からがんの発症までの潜伏期間が長いと、アスベストに起因する症例は長期間出現し続ける可能性がある。さらに、アスベストは欧州の多くの建物や、かつての工業地域や汚染地域にいまなお存在している。国際労働衛生委員会 (ICOH) によれば、アスベストは欧州で年間最大88,000人の命を奪い、職業性肺がんの55~85%を占めている可能性がある。

欧州におけるアスベスト曝露の傾向

EUではアスベストのあらゆる使用が2005年から禁止されており、一部の加盟国はそれよりかなり前

にアスベスト禁止を採用していた。最新のデータは容易に入手できないが、2014年の研究によると、ほとんどの欧州諸国において2012年までにアスベストの使用は無視できるほど少なくなっていた。しかし、上述したように、これはアスベストによる発がんリスクがもはや重要でなくなったことを意味するものではない。欧州委員会の「リノベーション・ウェーブ [改修の波]」などの大規模な改修計画は、適切な予防措置を欠けば、建材に埋め込まれたアスベストを飛散させることによって、不注意に曝露を増加させる可能性がある。

EUはアスベストについて何をしているか

1990年代に一部のEU加盟国がアスベストの使用を禁止し、2005年にはEUで販売される製品中のアスベストのEU規模の禁止が出された。それ以降、環境汚染、化学品安全、労働者保護や消費者製品に関する様々な指令を通じて、アスベストに関するEUセーフガードの導入が進んできた。現在、労働におけるアスベスト指令 (2009/148/EC) に基づく現行のOEL [曝露限界値] を引き下げるための準備作業が進められている。また、欧州議会が、各国のアスベスト除去戦略の最低要件を設定する枠組み指令の提案を欧州委員会が提出す  よう求めている。

※欧州環境機関 (EEA) ウェブ報告書「がんを打ち負かす - 欧州の環境の役割」の一部である。
<https://www.eea.europa.eu/publications/environmental-burden-of-cancer/asbestos>

消防士としての職業曝露の発がん性

Lancet Oncology, 2022.7.1

2022年6月に8か国から25人の科学者がフランス・リヨンの国際がん研究機関 (IARC) で会合し、消防士としての職業曝露の発がん性についてのその評価を確定した。この評価は、IARCモノグラフ第132巻に掲載される予定である。

消防士としての職業曝露は、「ヒトにおけるがんについての十分な証拠」に基づいて、「ヒトに対して発がん性」(グループ1)と分類された。ワーキンググループは、中皮腫及び膀胱がんについて、ヒトにおける「十分」な証拠があると結論づけた。結腸がん、前立腺がん、精巣がん、黒肉腫、及び非ホジキンリンパ腫については、ヒトにおける「限定的」な証拠があった。また、消防士としての職業曝露が、以下の、曝露したヒトにおける発がん因子の主要な特性を示すという「強力」なメカニズム的証拠もあった:「遺伝毒性である」、「エピジェネティックな変化を引き起こす」、「酸化ストレスを引き起こす」、「慢性炎症を引き起こす」、及び「受容体介在作用を調節する」。動物実験モデルにおけるがんに関する証拠は、研究結果がないために、「不十分」であった。消防士としての職業曝露についてのグループ1の評価は、(ボランティアを含む)すべての消防士に、また男性と女性の双方に、適用されるものと推定されるべきである。

消防士としての職業曝露は複雑であり、火災及び火災以外の事象に起因する様々なハザードを含んでいる。消防士は、国によって大きく異なり、また彼らのキャリアによって変化する、多様な役割、責任、及び雇用形態(例えば常勤、パートタイム、またはボランティアなど)をもつ可能性がある。消防士は、様々な種類の火災(例えば構造物火災、森林火災、車両火災など)やその他の事象(例えば車両事故、医療事故、有害物質の漏えい、建物の倒壊など)に対応する。山林火災はますます都

市部を浸食しつつある。火災、建材、個人保護具(PPE)及び消防士の役割と責任の変化が、時間の経過とともに消防士の曝露の大きな変化につながっている。

消防士は、火災による燃焼生成物(例えば多環芳香族炭化水素[PSHs]や粒子状物質など)、建材(例えばアスベストなど)、消火用発泡体に含まれる化学物質(例えばペルフルオロ・ポリフルオロ物質[PFAS]など)、難燃剤、ディーゼルエンジン排ガス、その他のハザード(例えば夜間勤務労働や紫外線、その他の放射線など)に曝露する可能性がある。火災流出物やその他の化学物質の接種は、吸入や皮膚吸収、場合によっては接触を通して、起こる可能性がある。消防士は、曝露を低減するのにPPEに頼っている。自給式呼吸器は、構造物や車輛が関わる消火活動でしばしば着用されるが、消防士が年に何回も山林に出動し、火災近くに数週間もとどまる山林消火活動ではあまり着用されていない。PPEの設計、装着、メンテナンスや除染の限界のために、たとえ消防士がPPEを着用していても、化学物質の経皮吸収が生じる可能性がある。さらに、消防士が積極的に消火活動をしておらず、PPEを着用していない場合にも、曝露が生じる可能性がある。

2007年のIARCモノグラフによる前回の消火活動の分類(「ヒトに対する発がん性の可能性、グループ2Bに分類」)以来、多くの新たな研究が、消防士としての職業曝露と人におけるがんリスクとの関連を調査している。今回の評価では、合計52のコホート・症例対照研究、12の症例報告及び7つのメタアナリシスが検討された。ワーキンググループはまた、2022年6月までに発表された消防士のコホート研究を組み入れたメタアナリシスを行った。がんについて消防士を長期間追跡した30以上の重複

しないコホート研究は、評価にとってもっとも有益と考えられ、アジア、ヨーロッパ、北アメリカとオセアニアで実施されたものだった。

利用可能な疫学的証拠に基づいて、ワーキンググループは、消防士としての職業曝露と中皮腫及び膀胱がんとの間に因果関係があると結論づけた。消防士における中皮腫発症率を検討した7つの研究がメタアナリシスに含まれた。これらの研究の組み合わせについて、ワーキンググループのメタアナリシスは、ほとんど一般人口と比較して、消防士における中皮腫のリスクは58%高い (95%CI 14~120%) と推計した。推計の不均一性は研究グループ全体で低かった ($I^2=8\%$)。消防活動におけるアスベスト曝露が、観察された関連性を支持するもっともらしい原因因子である。消防活動以外の曝露源による交絡やその他のバイアスが、研究結果の規模や一貫性を説明する可能性は低いと考えられた。

膀胱がん発症率についてのポジティブな相関が、いくつかの消防士のコホート研究において、主に一般人口と比較して、一貫して観察された。ワーキンググループによる10の研究のメタアナリシスでは、リスク増加の推計値は規模は小さかった (16%) が、統計的に正確で不均質性は低かった (95%CI 8~26%、 $I^2=0$)。この推計値は、膀胱がんの定義を若干拡大したがん発症率の質の高い2つの追加コホート研究、及び膀胱がん死亡率の研究結果と一致していた。さらに、ほとんどの研究で観察された消防士における肺がんのリスクは低いことから、喫煙による交絡の可能性はネガティブと考えられ、一般人口と比較した膀胱がんについての関連性の過少評価につながった可能性がある。あるプールされたアメリカのコホート研究では、雇用期間について調整済みの曝露-反応解析でのポジティブな関連が、そのような調整が行われていない他の研究では健康労働者の生存バイアスが関連を弱めている可能性を示唆した。既知及び疑いのあるヒトの膀胱がん発がん因子 (例えば PAHs や煤煙) への消防士の曝露が、膀胱がんについての観察された関連を支持するもっともらしい原因因子と考えられた。

メタアナリシスに含まれたコホート研究による推計値と相対的に規模の大きい証拠の検討に基づいて、結腸がん、前立腺がん、精巣がん、黒肉腫、及び非ホジキンリンパ腫について、信頼できるポジティブな関連が観察された。しかし、消防士における相対的に多い医学的監視と発見によるバイアス、または身体的及びライフスタイル特性による交絡を、ポジティブな知見についての説明として合理的に除外することができなかった。前立腺がんや結腸癌などのより一般的に進行が遅いまたはスクリーンされるがんについては、サーベイランス・バイアスに関する懸念がとりわけ顕著であり、死亡率研究対発症率研究において関連が弱まるかまたはなくなるのが観察されることによって支持される。これらのがん種の一部については、メタアナリシス推計値における高い不均質性、有益な研究からの一貫性のないポジティブ知見、または、これらのがん種と関連することが知られている消防活動曝露についての証拠がわずかしかないことも、因果関係の結論の信頼性を低下させた。こうした理由から、これら5つのがん種については、「限定的」証拠という決定が下された。

肺がん及び甲状腺がんを含め、その他のすべてのがん種についてのヒトがんの証拠は、「不十分」であった。肺がんの発症率と死亡率はほとんどの研究とメタアナリシスで、消防士では一般人口よりも低く、喫煙によるネガティブな交絡と健康労働者雇用バイアスの可能性が高いと推定された。サーベイランス・バイアスが、一般人口と比較して相対的に高い甲状腺がんの発症率が観察されたことのもっともらしい説明と考えられた。

メカニズム的証拠の評価は、構造物火災と山林火災の消火活動に関連した曝露、及び消防士としての雇用に基づいた。遺伝毒性影響についての一貫した証拠が、消防士において観察された：血液中のPAH-DNA不可物の頻度の増加がみられ、尿中変異原性の増加、血液中のDNA損傷、頰の細胞における小核頻度の増加が、消防活動に関連した曝露と関連していた。また、遺伝毒性は、関連する実験系でも観察された：消防活動曝露に関連した燃焼排出物の有機抽出物は、ヒト細胞株

における小核の頻度及びバクテリアにおける突然変異の頻度を増加させた。がん関連遺伝子の遺伝子座における血中DNAメチル化の変化に基づいて、消防士におけるエピジェネティック影響が観察された。消防士におけるエピゲノムワイド関連研究では、累積曝露のプロキシと関連したDNAメチル化の持続的な変化、勤務年数または血中PFAS濃度のいずれかと関連したDNAメチル化変化が示された。また、消防士の血液中には、がんに関連するマイクロRNAの発現に曝露に関連した変化が観察された。消防士としての職業曝露は、曝露に関連した血中の酸化的DNA損傷と尿中の酸化的ストレスマーカーを誘発した。消防士における、

急性及び持続的な炎症が観察された。IL-6やIL-8などの気道及び全身性の炎症マーカーが、消防活動関連曝露と関連していた。さらに、炎症マーカーの変化に伴う肺機能の低下や曝露に伴う気管支の過敏性が、消防士において報告された。ワーキンググループの少数は、慢性炎症に関する証拠は示唆的であると考えたが、大多数は、この重要な特性に関する証拠には一貫性があると考えた。アリアル炭化水素受容体の活性化によって示されたように、消防士としての職業的曝露が、受容体介在作用を調節するという一貫した証拠がみつかった。

※<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S1470-2045%2822%29003904>

下院議員はさらなるアスベスト管理対策を要求

Croner-i, UK, 2022.8.1

安全衛生庁(HSE)のアスベスト管理に対するアプローチに関する報告が、2022年4月に議会の労働・年金委員会によって公表された[2022年8月号参照]。

64頁の報告書は、アスベスト関連疾患を、現代の最大の職場惨劇のひとつと言っている。

報告書は、HSEは、アスベストのより大規模な除去の費用と便益及びより安全な除去のための選択肢をより理解するための研究への投資が遅れていると論じている。

委員会は政府とHSEに対して、もっともリスクの高いアスベストの除去を最初に、また学校を含めたもっともリスクの高い環境からの想起の除去に焦点をあてて、40年以内に非居住用建物からアスベストを除去するという目標を達成する戦略計画を策定・公表するよう求めた。

このたび報告書に対する政府の回答が公表された。

それは、公共・商用建物からすべてのアスベストを除去する期限を設定することに関する、委員会の主要な勧告を拒否するものだった。

委員長のスティーブン・ティム卿は、「政府は、アスベスト除去の期限を定めることが曝露の機会を増やすと主張しているが、ネットゼロ目標を達成するために建物の改修が進めば、リスクはいずれにしろ象っ題するだろう。明確な目標を設定することは、新たな適切に統合された戦略のまさに一部でなければならぬ」と述べた。

この戦略は、国内における労働関連死亡の単一の最大の原因であり続けている物質の安全な除去と廃棄のためのエビデンスベースを引き上げるべきであると、彼はつづけた。

スティーブン卿は、この物質は約30万の非居住用建物に残っており、2019年に中皮腫などのがんによるものを含め5,000人を超すアスベスト関連死が生じていると強調した。



※<https://app.croneri.co.uk/whats->

[new/mps-call-more-action-asbestos-management?topic=62](https://app.croneri.co.uk/whats-new/mps-call-more-action-asbestos-management?topic=62)

政府の回答全文(下院労働・年金委員会の第2報告書)はウェブサイトで紹介する予定:

<https://joshrc.net/>

ジョンソン・エンド・ジョンソンUターン—ついに！

International Ban Asbestos Network, 2022.8.15

ジョンソン・エンド・ジョンソンがその象徴的なタルク製ベビーパウダーの販売を2023年に世界的に中止する計画を発表してから数時間のうちに、このニュースは世界中に拡散された。この進展は、イギリス、アイルランド、ポルトガル、スペイン、ドイツ、フランス、ベルギー、オランダ、スイス、イタリア、ギリシャ、ウクライナ、ロシア、トルコ、カタール、インド、中国、日本、インドネシア、ベトナム、マレーシア、イスラエル、湾岸諸国、サウジアラビア、ブラジルその他で報じられた。注目すべきことは、この話に対する関心の高さではなく、2年前に北米で販売が中止された有毒なベビーパウダーが、なぜ自国ではまだ販売されているのかを問う記事がひとつもなかったことである。

2022年8月12日の記事の多くは、同社のアスベスト関連責任に情報を少し追加しつつ、8月11日のJ&Jの声明で開示された内容をそのまま伝えたもので、一般的には以下のような点に言及していた。

- ・ J&Jのタルクを原料にしたベビーパウダーは安全な商品であった。「われわれは、タルクを原料にしたジョンソンのベビーパウダーが安全で、アスベストを含有せず、がんを引き起こさないことを確認する、世界中の医学専門家による数十年にわたる独立した科学的分析をしっかりと支持している」。
- ・ 伝統的なベビーパウダーの国際的な段階的廃止が来年進められる。「世界的なポートフォリオ分析の一環として、われわれ (J&J) は、すべてコーンスターチを原料とするベビーパウダーのポートフォリオに移行するという商業的決定を下した。この移行に伴い、タルクを原料にしたジョンソン®ベビーパウダーは、2023年に全世界で販売終了となる」。
- ・ 同社は、タルクを原料としたベビーパウダーを使用したアメリカの消費者から、がんの損害賠償請求の津波に直面し続けている。

しかし、このような記事のほとんどで注目されていないことは、汚染されたベビーパウダーを使用した結果、中皮腫、卵巣がんや肺がんに罹患した何万もの北米の人々の絶望的な苦境である。J&J社に対する損害賠償請求は、親企業がその債務を金融手段に転嫁し、それがすぐに破産したために、凍結されている。

アメリカ以外では、J&Jの象徴的なベビーパウダーを使用したことによって致命的な失敗に罹患した人の数や身元は不明なままである。同社がアメリカとカナダで販売を中止して以来、アスベスト被害者や消費者を代表する団体、安全衛生活動家や活動家投資家らは、北米以外の女性や子供たちをタルク製ベビーパウダーに含まれる致死性繊維に曝露させ続ける、同社の冷淡で人種差別的なマーケティング戦略を非難してきた。

[中略]

有毒なベビーパウダーの販売中止計画を歓迎して、アジア・アスベスト禁止ネットワーク (ABAN) コーディネーターの古谷杉郎は言う。

「ABANは、ジョンソン・エンド・ジョンソンがようやく正しいことをしたと安堵しているが、その対応の遅れによって、さらに多くのがん患者が発生することは間違いない—この有害な製品がすべての市場で同時に回収されていけば避けられたであろう事例である。同社は、アジアやその他の地域におけるタルクを原料としたベビーパウダーの販売に関するデータのすべてを開示する義務がある。ABANのメンバーは、地域全体の消費者団体、安全衛生活動家、政府機関と協力し、J&Jのタルク製品の有毒性について認識を広め、将来、被害を受けた人々が支援と補償を受けられるようにしていきたい」。

※<http://ibasecretariat.org/lka-johnson-and-johnson-u-turn-finally.php>



イギリス安全衛生庁(HSE)

労働関連暴力のリスクアセスメント



労働関連暴力:法的要求事項

安全衛生法は、労働によるその他のリスクに対するのと同じように、暴力によるリスクにも適用される。関連する主な法令は、以下のとおりである。

・1974年労働安全衛生法(HSW法)

使用者は、合理的に実行可能な限り、その労働者の労働における健康と安全、及び福祉を確保する法的義務を負っている。

・1999年労働安全衛生管理規則

使用者は、(合理的に予見可能な暴力のリスクを含め)労働者に対するリスクを考慮し、これらのリスクがどの程度重大であるかを決定し、リスクを予防または管理するために何をするか決定し、これを達成するための明確な管理計画を策定しなければならない。

・2013年傷害・疾病・危険事象報告規則(RIDDOR)

使用者は、死亡、一定の傷害または7日以上通常の労働不能につながった労働者の労働における災害が発生した場合には、執行当局に届け出なければならない。これには、労働においてある者に対してなされた同意のない身体的暴力が含まれる。

・1977年安全代表・安全衛生委員会規則(a)及び1996年安全衛生(労働者との協議)規則(b)

使用者は、労働者の健康と安全に関連した諸問題について、適切な時期に、労働者に通知し、協議しなければならない。(a)に基づき認められた労働組合によって指名されたか、または、(b)に基づき選出されたか、いずれかの労働者代表は、それらが代表する労働者らの健康と安全に影響を与える諸問題について使用者に対して意見を述べるができる。

編注:RIDDORの対象が7日以上以上の休業につながった身体的暴力に限定されるとしても、他の法令は、少なくとも合理的に予見可能な、あらゆる労働安全衛生リスクをカバーしている。

※<https://www.hse.gov.uk/violence/law.htm>

労働におけるリスクの管理とリスクマネジメント

1. 概要

使用者は、法律によって、その労働者、及びその他の者を危害から保護することを求められている。

1999年労働安全衛生管理規則のもとで行わなければならない最低限のことは、以下のとおりである。

- ・事業において傷害または疾病を引き起こす可能性のあるもの(ハザード)を特定する。
- ・誰かが危害を受ける可能性がどの程度か、またどの程度深刻か(リスク)を決定する。
- ・ハザードを根絶する、またはこれが可能でない場合には、リスクを管理するための措置を講じる。

リスクを評価することは、まさに職場におけるリスクを管理するために用いられる全体的なプロセスの一部にすぎない。

ほとんどの小規模でリスクの低い事業については、とる必要のあるステップは複雑ではなく、関連するページで説明されている。

※<https://www.hse.gov.uk/simple-health-safety/risk/index.htm>

労働関連暴力のリスクアセスメント

リスクアセスメントは、業務に関連して人々に危害を引き起こす可能性のあるものを慎重に検討する

ことであり—適切な管理措置が講じられているようにすることを目的とした実践的な取り組みである。リスクアセスメントだけでは、労働関連暴力の発生を減らすことはできないが、それに基づいた行動をとることによってそうできるはずである。リスクアセスメントは、事業所のより広い安全衛生方針の一部として、労働関連暴力に関する方針及び手続を確立するのに役立つだろう。

そのような場合でも、労働者または労働者代表をプロセスに参加させなければならない。これは法的要求事項であるだけでなく、彼らは労働がどのようになされているかについて有益な情報をほぼ確実にもっていることから、アセスメントをより効果的かつ現実的なものにするだろう。しかし、アセスメントが適切に実施されるよう確保する責任は、使用者にあることを忘れてはならない。

ステップ1: ハザードの特定

職場のハザードについて情報を収集する。暴力に関しては、同時にリスク要因の観点から考えることも有用である。

ハザードとは、危害を引き起こす可能性のある何か: この場合は、労働における暴力である。リスク要因とは、暴力の可能性を高める労働の諸側面のことである。この情報を収集するには、いくつかの方法がある。

[詳しい情報]

労働関連暴力とは、労働に関連した状況において、人々が虐待、脅迫または攻撃を受ける事象のことをいう。暴力は、顧客による暴言から泥棒による暴行まで様々なものがあり、労働者に危害を引き起こす可能性がある。リスクアセスメントの最初のステップは、職場におけるハザード—人々に危害を引き起こす可能性のあること—を特定することである。これには様々なやり方があるが、ここではいくつかのヒントを紹介する。

- ・労働者や安全代表に、彼らの経験や考えを聞く。
- ・本ツールキットや関連するケーススタディを含め、HSEウェブサイト上の情報を読む。
- ・事故や健康問題の記録を振り返る。

認可酒類販売店

パブ・クラブで働く多数の人々に暴力について尋ねたところ、原因として以下のような答えがあった。

- ・顧客間の意見の不一致
- ・顧客が酔っぼらていること
- ・違法薬物を使用した顧客

小売店

店舗で働く多数の人々に暴力について尋ねたところ、原因として以下のような答えがあった。

- ・万引き犯や薬物使用者の予測不可能な行動
- ・言葉による嫌がらせ（これは身体的暴力よりも一般的）

ハザードとは、人々に危害を引き起こす可能性のある何かである。この場合、労働関連暴力、脅迫または威嚇、及び暴言が関心の対象である。

ステップ2: 誰が、どのように危害を受けるか?

暴力、または暴力のおそれが、職場の労働者に影響を与える可能性があるか、またどのように影響を与えるか、検討する。

例えば、一人作業、訓練生など、異なるまたは追加的なリスクのある特別なグループがあるかどうかについて考える。

[詳しい情報]

認可酒類販売店

パブ・クラブで働く多数の人々に暴力がより発生する可能性のある場合について尋ねたところ、以下のような答えがあった。

- ・エントランスは暴力の「ホットスポット」である。
- ・クラブに来るまでに長い時間飲酒しているためにクラブはよりリスクがある。

経験する暴力の種類について尋ねたところ、以下のような答えがあった。

- ・暴言（これは一般的）
- ・凶器の使用を含め、身体的攻撃
- ・人種差別

小売店

店舗で働く多数の人々に暴力がより発生する可能性のある場合について尋ねたところ、原因として以下のような答えがあった。

- ・薬局と携帯電話ショップ
- ・開店・閉店時や返品取り扱い時に、よりリスクが

労働関連暴力のリスクアセスメント

ある

経験する暴力の種類について尋ねたところ、以下のような答えがあった。

- ・ 暴言（これは一般的であり、過去数年間に増加したように見える）これを「仕事の一部」とみなす者もいる。
- ・ 凶器の使用を含め、身体的攻撃

誰がリスクがあるか？

職場のどのグループの人々が、身体的な攻撃、脅迫、威嚇または暴言によって危害を受ける可能性があるか特定する必要がある。いかなるときも職場にいるすべての個人について考える必要がある。これには、規則的なシフトまたは勤務パターンをもたない人々—例えばメンテナンススタッフ、警備員その他の請負業者—が含まれるかもしれない。また、顧客、ゲスト及び一般の人々についても考慮しなければならない。

一定の人々が、労働関連暴力を経験するリスクが高いかもしれない。

- ・ 若い労働者や訓練生は、怒った顧客、強盗やセクシャルハラスメントに対処する訓練をあまり受けていないために、よりリスクが高いかもしれない。また、経験不足のために、危険な状況を認識することがより困難かもしれない。
- ・ 臨時労働者は、正社員よりも、労働関連暴力に関する訓練や情報をあまり受けていないために、よりリスクが高いかもしれない。
- ・ 深夜労働者を含め、夜間/交替労働者は、暴力事象は夜間により発生することから、リスクが高くなる可能性がある。また、例えば開店・閉店時など、特定の曜日や特定の時間がより危険である。鍵の所持者はとくに影響を受けやすいと感じるかもしれない。商品配達にはリスクが高い時間である。
- ・ 一人作業者は、潜在的な攻撃者に対する抑止力として行動したり、問題がある場合にただちに援助や支援を提供することのできる同僚のサポートがないことから、より大きなリスクがあり得る。また、暴力事象があつて労働者が負傷した場合、救助が到着するまでにより時間がかかるかもしれない。したがって、一人作業者は、訓練や監督などの面でとくに配慮が必要である。

このような労働者グループに対しては、追加的な管理措置を検討する必要があるかもしれない。

繰り返しになるが、脅威を感じる状況や、その時点では労働者に不安を与えないとしても、リスクを生じさせる可能性のある状況について、労働者に話をする必要がある。

また、労働関連暴力がどのように危害を及ぼすかについても考える必要がある。例えば、暴力が異なる労働者グループに及ぼす可能性ある影響は何か？

ステップ3: リスクを評価し、予防措置を決定する

すでに実施していること、管理措置が適切に機能しているかどうか、他に行う必要があることはなにか、検討する。

可能性のある管理措置を特定する必要がある。必ず労働者にアイデアや意見を求める。合理的に実行可能な限りリスクを低減する必要がある。「管理措置のアイデアについてのクイックガイド」を参照されたい。

【詳しい情報】

この段階の目的は、労働関連暴力による危害のリスクをどのように管理できるかについて考えることである。それは、特定のハザードを完全に回避すること、可能性を低減すること、または発生する危害をより軽くする方法を見つけること、を意味している。「合理的に実行可能な限り」リスクを低減したことを確認する必要がある。

リスクとは、ステップ1で特定されたハザードによって誰かが危害を受ける可能性、可能性が高いか低いかを、可能性のある危害の重篤度とともに示すものである。リスク要因とは、ハザードが生じる可能性を高め得る何かである。

リスクアセスメントのこの段階では、事業において暴力の重大なリスクがあるかどうかを確立する必要がある。これには多くのやり方があるが、最初のもっとも簡単な方法は、労働者と安全代表に、彼らの経験を聞くことである。また、病休数、離職率、傷病記録（とくに労働関連暴力事象）、在庫損失や警察記録を調べることもできる。地元の警察には、施設内における暴力や犯罪にどのように取り組む必要があるか確立するのを助けるために、事業所

についての犯罪データを提供する用意があるかもしれない。RIDBOR[傷害・疾病・危険事象報告]も有用な情報源であり得、また、取り組みの照準を合わせるのが最適な場所を決定するのに犯罪地図が役立つ可能性もある。

リスクの評価

○リスク要因

認可酒類販売店や小売店は、その業務の性質上、暴力の発生の可能性を増加する可能性のある要因を持っている。それは、以下のとおり。

- ・多額の金銭の取り扱いまたは金銭の授受
- ・労働者が顧客と対面で接触すること
- ・夕方や深夜に営業すること
- ・顧客の苦情や紛争に対処すること

例えば、商品、サービスや返金、釣銭の不足や現金の間違いの申し立て、またはカード購入の非承認などに関する、紛争/苦情で怒った顧客に対処することは、顧客の困惑や暴力の引き金になる可能性がある。

また、事業に、暴力のリスクが高くなるような特定のリスク要因がある場合もある。

- ・一人作業または少人数のスタッフしかいない。
- ・高価な商品を販売または警備している—薬、高価な商品やアルコール/タバコが含まれるかもしれない。
- ・年齢制限のある商品を販売している—未成年や身分証明をもたない顧客の接客を拒否したり、許可時間外や泥酔している者にアルコール販売を拒否することも暴力の引き金になる可能性がある。
- ・労働者がプレッシャーにさらされている—例外的な仕事量、不十分な在庫または人員不足は労働者のパフォーマンスを低下させ、遅延、行列、顧客の焦りや敵意につながるかもしれない。
- ・顧客に暴力歴がある、または飲酒や薬物の影響下にある可能性が高いこと
- ・施設が犯罪の多い地域にある—過去に強盗、暴行、脅迫の経験がある事業所は、事象を繰り返すリスクが高いこと
- ・事業所がかなり孤立しているか、または顧客が少ないこと

- ・施設に出入りしやすいルートがあること
- ・事業所のレイアウト/照明が悪い—例えばレジカドアの近くにあったり、外から店内が見えにくいこと
- ・(目に見える)セキュリティ措置がなく、潜在的な攻撃者や犯罪者に、みつけるリスクが低く、防護が最低限しかないと思わせるかもしれないこと

○予防措置の決定

次のステップは、さらにできることがあるかどうか決定することである。「合理的に実行可能な限り」リスクを低減したか?これを行うには、以下のことが必要だろう。

- ・既存の管理措置が、効果的に、また意図したとおりに機能していることを確認する。
- ・労働者のアイデアについて協議する。労働者は、実際の経験や職場への洞察をもっており、したがって情報とアイデアのよい源である。労働者を参加させることはまた、導入する措置を自らのものとして採用及び実施するのを促進するだろう。以下のようなかたちで労働者を巻き込むべきである。
- ・暴力のリスクを最小化するための手順の開発及び立案に参加する。
- ・管理措置の評価に参加する。
- ・他の労働者が暴力を理解及び対応するのに助けるために職務上の経験を共有する。
- ・「管理措置のアイデアについてのクイックガイド」に含まれている現在のグッドプラクティス事例を比較してみる。
- ・可能な限り低いレベルにリスクを低減するために必要なさらなる管理措置を特定する。

ステップ4: 結果を記録し、それを実行する

リスクアセスメントにおけるすべての行動について責任者を決定し、リスクアセスメントがいつ行われたかを記録する必要がある。

5人超の者を雇用している場合には、重要な結果の記録を保存する義務がある。地方自治体の安全衛生監督官は、管理を評価するために、リスクアセスメントを見ることを求めることがある。

[詳しい情報]

この段階では、労働者の安全を維持するためにすでに講じている措置とともに、さらに改善するために講じることのできる行動を特定することである。これらの行動をどのように実行に移すかを決定する必要がある。人々を守るのは行動であって、書類作業ではないことを忘れてはならない。リスクアセスメントはそれ自体が目的ではなく、目的のための手段である。優先順位付けをする必要があり、優先順位を決定するのを助けるために、以下を考えたいと望むかもしれない。

- ・複数の措置を利用することができるか？ 単一の措置に依存するよりも、諸措置の組み合わせの方がより効果的かもしれない。「クイック・ウィン[短期的効果]」と長期的効果の両方を得られるような短期的と長期的の双方の措置の両方を混ぜて利用することができるか？
- ・これらの措置に対して、労働者がどのように反応するか？ 措置の価値をどのように示すことができるか？
- ・例えばドレスコード、検査、厳格な返品方針など、措置がもたらす潜在的なマイナス面は何か？
- ・これらの介入策は、その有効性と比較して、どれくらいのコストがかかるか？ 管理措置は必ずしも高価でなければ効果的ではないとは限らない。

労働者の安全を維持するために行うことが必要な措置を決定したら、それらを実行に移す必要がある。書類作業だけでは意味がなく、行動を起こして初めて人々を守ることになることを忘れてはならない。

- ・行動が実行されるのを確実にするために責任者を指名する。
- ・措置が現実的で、具体的なタイムスケール内で合意されたものであることを確認する。
- ・措置について、効果的かつ継続的に労働者に知らせ、指示し、訓練する方法を決定する。

誰が何をするか決定し、結果を記録する

リスクアセスメントで特定した行動をどのように実行していくかを決定し、これがすべての労働者に知らされていることを確保する。優先順位付けし、誰が、何を、いつまでに行うのか決定する。ほとんどの場合、決定したことは書き留めておく必要がある。

法的要求事項 [記録・共有等-省略]

ステップ5: リスクアセスメントをレビューし、必要な場合には更新する

ハザード、リスク要因または管理措置に変更があった場合、定期的にはリスクアセスメントをレビューしなければならない。

また、労働者に尋ね、また事象の発生率を監視することによって、実施されている措置の有効性をレビューする必要がある。これにより、措置が適切に使用されており、効果的であることを確認する事ができるだろう。

[詳しい情報]

何ごとにもずっと同じということはない。労働者の話し合い、事象の発生率や管理措置を監視することによって、管理措置が効果的であるかどうかを判定することができるだろう。管理者と労働者は、プロセスを監督し、報告手続を開発し、解決策を議論及び実施を援助し、解決策の有効性を監視する責任を与えられなければならない。

労働関連暴力により危害を受ける労働者のリスクに変化がないこと、また、さらなる管理措置が必要ないことを確保するために、リスクアセスメントは定期的にはレビューされなければならない。また、例えば一人作業、労働の性質における事業の変更など、暴力のリスクを高めるかもしれない変化が事業において生じた場合にも、レビューされなければならない。

いつリスクアセスメントをレビューしなければならないかについて、法的な時間枠はない。いつレビューが必要と判断されるかは裁量によるが、リスクアセスメントは作業文書であり、事業の経験の変化に応じて、この情報は記録及び更新されなければならない。目安として、リスクアセスメントは毎年レビューされるべきであると推奨されている。

監視及びレビュー

管理措置が機能していることをチェックする。状況が変化した場合にはリスクアセスメントをレビューし、重要な結果をリスクアセスメント文書に記録する。



※<https://www.hse.gov.uk/violence/toolkit/riskassessment.htm>

ILOが労働の世界における生物学的ハザードに関する新しいガイドラインを採択

ILO(国際労働機関)プレスリリース, 2022.6.29

職場における生物学的 [バイオロジカル] ハザードの取り扱いに関する画期的な新しいガイドラインが、ジュネーブで開催された専門家の会合で合意された。

ジュネーブ (ILOニュース) - 国際労働機関 (ILO) で会合した各国政府及び労使団体の専門家は、労働環境における生物学的ハザードの取り扱いのためのガイドラインを採択した。

今回採択された三者構成によるガイドラインは、この種のリスクに関する初めてのものである。このガイドラインは、労働環境における生物学的ハザードへの曝露に関連した労働関連傷害、疾病及び死亡の予防と管理について、国際労働基準に沿った具体的な助言を提供するものである。これには、権限のある機関、使用者、労働衛生サービス及び労働者の責任と権利、職場のリスク管理、労働者の健康監視、緊急事態への準備と対応に関する問題が含まれる。

2022年6月20日から24日までの5日間、ジュネーブで開催された会議では、職場における生物学的ハザードへの曝露の意味と、関連する健康問題を予防・軽減するための国と職場の政策・措置を策定する最善の方法について議論された。

ガイドラインは、生物学的ハザードを、植物、動物、またはヒト由来の微生物、細胞またはその他の有機物質で、遺伝子組み換えされたものを含み、人の健康に危害を及ぼす可能性のあるものと定義する。これには、細菌、ウイルス、寄生虫、真菌、プリオン、DNA物質、体液、その他の微生物及びそれらに関連するアレルゲンや毒素が含まれるが、これらに限定されるものではない。

感染性及び非感染性いずれの生物学的ハザ

ードも、世界中の数多くの部門や職場において重大な健康上の脅威になる可能性がある。例えば、感染症だけでも2021年に世界で31万件の労働関連死亡を引き起こし、そのうち12万件がCOVID-19によるものだったと推計されている。

今回のガイドラインの策定は、基準見直し機構三者構成作業部会の提案に基づき、2017年の第331回理事会の決定を受けたものである。専門家会合の開催は、2022年5月の第343回理事会で決定された。

2024年と2025年の第112回及び第113回国際労働総会で、ILOの労働安全衛生についての規範的枠組みの見直しの一部として、生物学的ハザードを対象とする新たな基準が討議される見込みである。



※https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_849727/lang-en/

IOE(国際使用者連盟)ニュース, 2022.7.14

ILOの専門家会合は、生物学的ハザードを予防・管理するための技術ガイドラインを承認した。

6月20～24日、ILOの専門家会合は、この種のリスクに関して初めて、生物学的ハザードに関する三者構成ガイドラインを採択した。このガイドラインは、労働環境における生物学的ハザードへの曝露に関連した労働関連傷害、疾病及び死亡の予防・管理に関して、国際労働基準に沿った、具体的助言を提供するものである。これには、権限ある機関、使用者、労働衛生サービス及び労働者の責任と権利、職場リスクアセスメント、労働者の健康監視と緊急事態に対する準備・対応に関する課題が含まれている。

ILO：生物学的ハザードに関するガイドライン

このガイドラインは、安全かつ健康的な労働環境を労働における基本的原則・権利のILOの枠組みに追加するとともに、1981年労働安全衛生条約（第155号）と2006年労働安全衛生の促進的枠組み条約（第187号）を、1998年基本的原則・権利に関するILO宣言（2022年改正）の意義の範囲内における基本的条約として宣言した、2022年の第110回国際労働総会の直後に確認されたものである。この事実は、ガイドラインのすべての文章と言葉に反映されている。

ガイドラインで設定された生物学的ハザードとは、植物、動物またはヒト由来の微生物、細胞またはその他の有機物質で、遺伝子組み換えされたものを含み、人の健康に危害を及ぼす可能性のあるものを言う。この定義は、会議中に合意されたものである。

専門家会合を通じて、使用者側は、実用的で様々な職場で理解しやすく、先進国と開発途上国に適用することのできる、予防アプローチに基づいたガイドラインを策定するために、ガイドラインの技術的側面に焦点を当てた。

使用者側は当初から、以下のような生物学的因子の曝露状況を区別することの重要性を明らかにした。

- ・一方で、生物学的ハザードへの曝露が、アウトブレイク、エピソード、または当該生物学的因子が広範囲に広まるパンデミック状況によって引き起こされる場合、その感染は必ずしも労働活動によって引き起こされるとは限らない。
- ・一方、生物学的ハザードへの労働関連曝露は主として、操作、生産を通じて、またはたんに労働の性質のゆえに職場に由来して発生する。

両者の違い及び各々の場合に対処する方法を明確に定義することは、異なる義務に対するよりよい理解と、労働者の健康を保護するために実施される措置のよりよい選択を提供するために重要である。これは、緊急事態に対する準備・対応についての第Ⅶ章で実現された。

使用者側はまた、パンデミックを日常的または定期的な生物学的ハザードとして扱うのではなく、緊急事態としてとらえる、パンデミックについて採用さ



れたアプローチを歓迎する。これは、社会的な課題であり、したがって定義上、明確で区別された職業的性質をもたずに、職場でも発生する生物学的因子について、公衆衛生部門から労働の世界への責任の転嫁を避けるために重要なことであった。これはまた、文章をより明確にすることによっても実現された。

粘り強く疲れを知らないスポークスパーソンと、貴重な専門家及びACT/EMP・IOE [国際使用者連盟]の支援を受けて、使用者側は、いくつかの反復的、不明瞭、あいまい、または範囲外の概念や、使用者がコントロールできない状況を取り除くことができた。最終的に文章から削除されたいいくつかの例は、「生物学的ハザードへの職業曝露から労働者を保護するための要求事項を確立するための堅固な科学的基準がない場合における予防原則の適用」である。使用者グループはまた、「気温上昇によって引き起こされる生物学的ハザード、感染、感染症及び媒介性疾患のリスク」への言及や「生物学的リスクから生じる身体的・心理社会的ハザード」が労働環境における生物学的ハザードの定義に含まれ得るといこともなんとか削除することができた。グローバルサプライチェーンへの言及も削除された。

ガイドラインは最終的にコンセンサスによって採択された。このガイドラインは、法的拘束力のあるものではなく、生物学的リスクからすべての労働者と使用者を保護する努力を支援し、使用者が事業の持続性を守るのを援助するだろう。承認されたガイドラインは、11月に開催される次回の理事会で正式に採択されなければならないだろう。



※<https://www.ioe-emp.org/news/details/ilo-technical-guidelines-on-biological-hazards>

国連総会が清潔で健康的な環境への アクセスを普遍的人権と宣言

UN News, 2022.7.28

国連総会は木曜日[2022年7月28日]、賛成161票、棄権8票で、清潔、健康的でかつ持続可能な環境へのアクセスを普遍的人権と宣言する、歴史的な決議を採択した。

昨年人権理事会で採択された同様の文章[2021年12月号参照]に基づくこの決議は、国、国際機関と企業に対して、すべての者に健康的な環境を確保するための努力をスケールアップすることを求めている。

国連事務総長のアントニオ・グテーレスは、この「歴史的」な決定を歓迎し、この画期的な進展は、気候変動、生物多様性の損失と汚染という3つの地球的危機に対して、加盟国が一丸となって闘うことができることを示すものであると述べた。

「この決議は、環境上の不正を減らし、保護の格差をなくし、とくに環境人権擁護者、子ども、若者、女性や先住民など、脆弱な状況にある人々に力を与えるのに役立つだろう」と、彼はその報道官室が発表した声明で述べている。

この決定は、各国が環境と人権に関する彼らの義務と公約の実施を加速させるのにも役立つだろうと付け加えた。

「国際社会はこの権利に普遍的な承認を与え、われわれがそれをすべての者にとって現実のものにすることに近づけた」と、彼は言う。

グテーレスは、しかし、この決議の採択は「はじまりにすぎない」と強調し、新たに認められたこの権利を「すべての者、すべての場所で現実のものとする」よう各国に対して促した。

早急な行動が必要

ミシェル・バチレ国連人権高等弁務官も声明の

なかで、総会の決定を歓迎して、その実施に向けた緊急行動を求める事務総長の呼びかけに同調した。

「今日は歴史的な瞬間であるが、健康的な環境に対するわれわれの権利を確認するだけでは十分ではない。総会決議は非常に明確である。各国は国際公約を履行し、その実現に向けた取り組みを拡大しなければならない。われわれは皆、いま、集団的に環境危機を回避するために協力しなければ、環境危機からはるかに悪い影響を受けることになるだろう」と述べた。

バチレ氏は、人権義務に基づく環境活動は、経済政策やビジネスモデルに重要なガードレールを提供するものであると説明した。

「それは、たんに裁量的な政策ではなく、行動する法的義務の裏付けを強調するものである。また、より効果的、合法的かつ持続可能なものである」と付け加えた。

地球全体のための決議

昨年6月にコスタリカ、モルディブ、モロッコ、スロベニア、スイスが提出し、現在100か国以上が共同提出しているこの文書は、健康的な環境に対する権利が既存の国際法に関連していることを指摘し、その促進には多国間環境協定の完全な履行が必要であると断言している。

また、気候変動の影響、天然資源の持続不可能な管理と使用、大気・土地・水の汚染、化学物質と廃棄物の不健全な管理、及び結果としての生物多様性の損失は、この権利の享受を妨げ、環境破壊は、直接的にも間接的にも、すべての人権の有効な享受にマイナスの影響を与えることを認識してい

UN：健康的な環境へのアクセスを人権と宣言

る。

人権と環境に関する国連特別報告者であるデヴッド・ボイド氏によると、今回の総会での決定は、国際人権法の本質を変えることになるという。

「各国政府は何十年の間、環境の浄化と気候緊急事態への対処を約束してきたが、健康的な環境に対する権利をもつことで、人々の視点が『物乞い』から政府に行動を要求することになる」と、彼は最近国連ニュースに話している。

50年にわたる勝利

1972年にストックホルムで開催された国連環境会議は、独自の歴史的な宣言で幕を閉じ、環境問題を国際的な関心事の中心に据え、経済成長と大気・水・海洋の汚染、そして世界の人々の幸福との関連性について先進国と途上国の対話を開始する契機となった。

当時の国連加盟国は、人々には「尊厳と幸福のある生活を可能にする質の環境」に対する基本的権利があると宣言し、この権利を認め、具体的な行動をとるよう呼びかけた。

昨年10月、モルディブ諸島のような気候変動の最前線にいる国や、1,000以上の市民社会団体が数十年にわたって取り組んできた結果、人権理事会はついにこの権利を認め、国連総会にも同じように認めるよう呼びかけた。

「1972年のストックホルム宣言を足がかりに、この権利は、憲法、国内法や地域協定に統合されてきた。今日の決定は、この権利を本来あるべき場所、すなわち普遍的な承認に格上げするものである」と、国連環境局長のインガー・アンデルセンは今週木曜日に発表した声明の中で説明している。

これらの国連機関が健康的な環境に対する権利を認めたことは、法的拘束力はない—つまり各国には遵守する法的義務はない—ものの、行動のきっかけとなり、一般の人々が政府に責任を負わせる力を与えることが期待されている。

「だから、この権利が認められたことは、われわれが祝うべき勝利である。加盟国と何千もの市民社会団体、先住民族グループ、そして何万人もの若者たちが、この権利のために執拗に提唱したことに



感謝する。しかし、われわれは、この勝利の上に立ち、この権利を実行に移さなければならない」とアンデルセン氏は付け加えた。

三重の危機への対応

国連事務総長が言及したように、新たに認められた権利は、三重の地球的危機に対応するためにきわめて重要である。

これは、気候変動、汚染と生物多様性の損失という、人類が現在直面している、相互に関連した3つの主な環境脅威に言及しており—いずれも決議文のなかでふれられている。

これらの問題にはそれぞれ原因と影響があり、われわれが地球上で生存可能な未来を手に入れるためには、これらを解決する必要がある。

気候変動の影響は、干ばつの強度と深刻度の増加、水不足、山火事、海面上昇、洪水、極地の氷の融解、壊滅的な嵐、生物多様性の減少など、ますます明白になってきている。

一方で、世界保健機関（WHO）によると、大気汚染は世界最大の疾病と早死の原因であり、毎年700万人以上が汚染が原因で早死にしている。

最後に、動物、植物、生態系を含む—生物学的多様性の減少や消失は、われわれがよく知っているように、食糧供給、清潔な水へのアクセスや生命に影響を及ぼす。

* 棄権した国：中国、ロシア連邦、ベラルーシ、カンボジア、イラン、シリア、キルギスタン、エチオピア

※ <https://news.un.org/en/story/2022/07/1123482>



役員付運転手Dさん過労死裁判

横浜地裁●損害賠償命じる完全勝訴判決

2015年10月に心筋梗塞で亡くなった役員付運転手Dさんの過労死損害賠償裁判で、横浜地方裁判所は2022年4月27日、被告会社セーフティに対し、ご遺族らに約3800万円の支払いを命じる判決を言い渡した。Dさんの過重労働と発症との因果関係や会社の安全配慮義務を認めるとともに、Dさんに一切の過失はないとする完全勝利判決である（残念ながら会社は東京高裁に控訴した）。裁判所の判断の概要を解説する。

【争点1】Dさんの業務 「特に過重である」

Dさんは勤務時間を控えめに記載して日報を作成していたが、それでも発症前3か月間の時間外労働時間数の平均は月150時間を超え、発症前6か月間の平均も月147時間を超えていた。給与管理表によると、発症前6か月間に休日出勤が多く、土曜と日曜を連続して休めるのは月一度程度。平日は終業が午後10時を過ぎて翌日も勤務する日が相当数あり、長期間にわたり十分な睡眠時間を確保できず、疲労が回復しない状況だった。

会社は自宅近くの車庫から取引先会社役員宅までの往復は

通勤時間だと主張するが、Dさんの業務は車両の管理全般なのだから採用できない。また、待機中の時間を休憩時間だと主張するが、待機中も役員の要望に応じて運転業務等を行う可能性があるなかで待機しているので、労働から解放されていたとは言えない。日報の記録からも、事前のスケジュールどおりではないことは明らかである。

発症前6か月間の業務は著しい疲労の蓄積をもたらす特に過重な業務であったと認められる。

【争点2】業務と心筋梗塞の発症 「因果関係がある」

厚生労働省の脳・心臓疾患の労災認定基準やそれを検討した専門検討会の報告書を踏まえて検討する。Dさんは業務との関連性が強いとされる時間外労働があり、相当な労働密度があったといえ、業務が発症の原因となったと推認できる。たしかにDさんは基礎疾患を有し、高血圧、喫煙歴、高脂血症、糖尿病等の心筋梗塞のリスク要因を抱えていた。しかし、通院治療を継続し、主治医は病状は安定していたと判断しており、業務の過重負荷がなければただちに心筋

梗塞を発症する状況にあったとは考えられない。会社は、業務と心筋梗塞との間に因果関係がなく、基礎疾患等による発症可能性が高いとするが、採用できない。その主張に沿う医師の意見書は、業務の過重性について考慮したことがうかがわれない

【争点3】会社の安全配慮義務 違反「ある」

Dさんは、著しい疲労の蓄積をもたらす過重な業務についていた。会社は、心身の健康を損なうことがないよう業務を適切に管理し、負担を軽減する措置を取るべき義務を負っていた。日報や毎月の給与管理表等を確認すれば、Dさんは疲労が蓄積して健康を損なう恐れがある状況にあったことは容易に知り得た。会社の証人らも、Dさんから申告がなかったという説明に終始しており、本人から特段の要望がなければ負担軽減措置などは必要性ないと考えていたものと言わざるを得ない。

【争点4】過失相殺（素因減額） 「しない」

Dさんは心筋梗塞のリスク要因があるが、健康管理に留意していた。通院治療していることも会社に報告しており、落ち度と言わなければならない。過失相殺すべきとはいえない。

残念ながら、会社は控訴した。Dさんが亡くなってからまもなく7年経つ。会社側は判決を尊重して早期解決を図るとともに、裁判所が指摘したとおり、適切な労

務管理に努めるべきである。

(神奈川労災職業病センター)

恵子さん(Dさんのお連れ合い)

夫が亡くなった当初は、突然のことで私は呆然とし、しばらくショック状態で何も手に付かず、その後の葬儀、労災申請の手続き、会社との交渉すべて娘夫婦に助けてもらいました。愛する家族を突然失う悲しみは言葉では言い表わせません。

セーフティとの交渉のなかで、夫の死は会社の責任だと確信を持ちました。私たちはただ真面目に働いてきた夫を過労死させてしまった責任をとり、今後このようなことが起きないように対策を取ってほしいとの気持ちでいまし

たが、セーフティのあまりにも不誠実な態度に、許せないという気持ち、怒りの感情を覚え、判決が出るまでは納得できないという気持ちに変わりました。

この度の判決を受けて、私たちの主張がすべて認められ、今まで信じてやってきたことが正しかったとあらためて感じました。この判決に導いて下さったのも小宮弁護士や裁判所に来ていただき支援して下さった方々のおかげです。本当にありがとうございます。何も分からない私たちに寄り添い、助言や支援をいただき本当に心強い限りです。何か悩みごとがあれば、一人で悩まず、詳しい方に相談することも大切だと思います。



作業時の服装は、長袖の作業着に普通のマスクをし、髪の毛が製品に入らないよう頭に白い帽子をかぶり、その上にヘルメットをかぶっていた。作業場に入るときは、靴を履き替えていた。

作業場は室温が高く設定してあった。田中さんによると30度くらいあったのではないかと、吸収材に使用される高吸水性高分子素材が、冷たくなると固まる性質があることから、機械の樹脂投入部には、製品である粉末状素材が詰まらないよう、温かい空気がいつもあてられていたからだった。また、作業場内の室温を高く保つために、外気が中に入らないよう、作業場入口はビニール製のシャッターで遮蔽されていたために、熱が常に室内にこもっていた。

作業場の室温が高く、作業中に大量に汗をかくこと、粉末状素材がべたべたになりシャツに付くことから、田中さんはいつも複数枚の着替え用のシャツを持って作業場に入り、休憩時や作業途中に着替えていた。夏は4、5枚の着替え用のシャツを持ち、冬場は3枚の着替え用シャツを持って作業場に入っていた。

田中さんはいつも職場に入るよきに、容器に氷を入れた2リットルのお茶を持ち込んでいた。7月9日から10日にかけての夜勤時は、お茶は休憩室に置いてあった。しかし、仕事にお茶を飲むことは、作業場に粉末状素材の粉じんが飛散し、ほこりがひどかったのでできなかった。

午前12時に休憩に入ったとき、

大量発汗作業による脳梗塞

愛知●ブラジル人労働者の労災認定

ブラジル出身の田中信博さん(62歳)は、愛知県東海市の派遣会社から同市内の高吸水樹脂製造工場に派遣され、紙おむつや生理用ナプキンの吸収材として使用されている高吸水樹脂(高吸水性高分子)をフレコンパックに詰める作業に従事していた。高吸水樹脂は、とくに高い水分保持性能を有するように設計された高分子素材である。田中さんのこの工場での勤続年数は23年になっていた。

2020年7月9日は、午後8時の始

業とともに作業をはじめ、800kgのフレコンパックへ粉末状素材を投入した後、フレコンパックの投入口をひもで縛り、全体をラップする作業を行った。投入口をひもで縛る作業は、後でほどくときにはほどけやすいように縛る必要があった。粉体が投入された800kgのフレコンの口のひもを縛り、ラップをする作業は田中さん一人で行い、1時間に10個、この作業を行う。フレコンのひもを縛るときに、後で会社に提出するサンプルを取る作業も同時に行った。

田中さんはまず、汗で湿ったシャツを着替えた。気分が少し悪く、食欲がなく弁当をほとんど食べることができなかったことから、お茶だけ飲んで休憩をした。この夜は、10時と3時の休憩でも汗で湿ったシャツを着替えたが、シャツは汗でびちゃびちゃに湿っていた。

12時の休憩が終わり、田中さんは作業に戻ったが、自身の足がうまく動かないことに気がついた。フレコンパックの投入口のひもを縛ったり、ラップを巻いたりする作業時に使用する2段の階段を上がるときに、足が上がらなくなっていたが、作業を続けていた。午前7時頃、田中さんは、ロットごとの作業について記入し、サンプルとともに工場に提出をする用紙の記入をしようとしたが、右手がうまく動かず、変な文字しか書けなくなっていた。用紙は田中さんに代わり、日本人の同僚が記入を行った。

仕事が終わって休憩室に行くとき、田中さんはふらふらとびっこを引きながら歩いた。その姿を見た人からは、まるでお酒を飲んで酔っ払って歩いているようだと言われた。日勤者の出勤を確認するために休憩案に来ていた、普段は事務所で仕事をしている現場リーダーが、田中さんに一人で帰ってはいけないと言ったことから、派遣会社の日本人男性に自宅まで送ってもらうことになった。

自家用車を工場に置いたまま、派遣会社の男性の運転する自動車から自宅のある団地に戻った。妻に連絡して、健康保険証

とかかりつけの内科クリニックの診察券を持ってくるよう頼み、そのまま内科クリニックに向かった。

内科クリニックには午後12時半くらいまでいて、点滴を受けたりした。看護師が妻に、着替えをもってくるよう電話をした。田中さんのズボンなどは汗でべたべたになっていた。妻が着替えを持って迎えに行ったとき、田中さんはしっかり歩くことができず、口が少し歪んでいたということだった。田中さんは、タクシーで帰宅した。

自宅に戻って休んだ後、友人に自動車の置いてある工場の駐車場まで車に乗せていってもらうことを頼み、1階までエレベーターで降りていたものの、ふらふらしてきちんと歩けず、同居する娘の肩につかまって歩き、1階まで行った。友人の息子さんが田中さんの異常に気づき「おじさん口が変だよ」と言った。息子さんは、自身が選手として所属するフットサルクラブ、名古屋オーシャンズの医師に電話で問い合わせしてくれた。医師はすぐに田中さんを病院に連れてくるよう指示したということで、内科クリニックの医師に電話をしてどの病院にいくか相談した。

午後6時に南生協病院に行き、頭部画像を撮影されたが、検査のために必要な機械がないため、南生協病院の救急車で藤田医科大学病院に行った。この間は友人の息子さんが付き添ってくれた。脳梗塞の診断を受け、入院した。翌日、田中さんはしゃべることができず、手も足も動かない状態になっていた。藤田医

科大学には12日間入院した。

田中さんの右上肢と右下肢には重篤な麻痺が残った。退院後、リハビリテーション病院に転院し3か月間入院しながら、歩行訓練や装具療法等のリハビリに取り組んだが、現在の田中さんの状態は、杖と妻の介助でようやく歩ける状態である。

働くことが困難になってしまったことから、昨年6月に田中さんご夫妻は名古屋ふれあいユニオンから紹介され、名古屋労災職業病研究会に相談に来た。筆者は、愛知県図書館で脳梗塞関係の書籍を調べたり、大量発汗を伴う深礎掘り作業に従事したことから脳梗塞を発症し、1989年に労災認定された55歳の男性深礎工のケースについての関西労働者安全センター機関紙の記事等を読んだりして、脱水症状が脳梗塞の原因になることを知った。脱水症状になると、血液中の水分が少なくなり、血液の濃度が濃くなって、血栓ができやすくなり、梗塞を起こす確率が高まるのである。田中さんのケースも労災請求できるのではと考え、田中さんに請求を勧めた。労災請求に際して、派遣会社に労災保険請求書へ在籍の証明を求めたが拒否された。

昨年9月に半田労働基準監督署に労災請求したところ、2022年4月8日付けで業務上災害と認定された。脳梗塞を発症してから1年9か月が経過していた。

田中さんは、現在でも懸命にリハビリに励んでいる。



(名古屋労災職業病研究会)

日立造船が謝罪し補償制度適用 神奈川●補償が下がる年齢格差解消を

2022年3月11日、アスベストによる中皮腫で亡くなられたY・Uさんの御子息の研究場所である大阪大学に、日立造船の人事部長他2名の計3名が訪れた。

Y・Uさんの中皮腫が労災認定され、御子息に謝罪し、補償制度を説明するためである。アスベストユニオン側からは、中村副委員長他2名が立ち会った。

謝罪の後、日立造船全体の被害状況（死亡126名、療養中26名）などに続き、補償制度についての説明が行われたが、67歳を境に金額が大きく下がる制度に変更はなかった。68歳で亡くなられたY・Uさんの補償は、数か月の違いで2,100万円から1,100万円に引き下げられることになる。理不尽な制度だが、妻のT子さん（北海道在住）も御子息も、「公平にみんなに適用されている制度なら、そのまま受け入れます」と態度表明され、団体交渉拒否、神奈川県労委に救済申し立てと続いてきた日立造船との問題は、解決することになった。

Y・Uさんは、1974年に日立造船神奈川工場に入社、溶接やガス切断の訓練や現場研修などでアスベストに曝露した。2020年に悪性胸膜中皮腫を発症、川崎南労働基準監督署に労災

申請を行った。2021年3月にアスベストユニオンに加入。ユニオンは団体交渉を申し入れたが、日立造船は「退職後50年経っている」ことなどを理由に、これを拒否。残念ながらY・Uさんは、同年4月に亡くなられた。

ご遺族のTさんがユニオンに加入し交渉を申し入れても、日立造船は遺族であることを理由にまたも拒否。ユニオンは、神奈川県労働委員会に不当労働行為だとして、救済を申し立てた。

労災の申請は、在職期間が1年に満たなかったために本省での判断になっていたが、2021年11月に労災と認定。日立造船もよ

うやく動き出した。県労委の「調査」の席上で、交渉ではないが、補償内容を説明する席にユニオンが同席するのはかまわない、という妥協案を提示。ユニオンも受け入れ、冒頭のシーンになった。

実は、日立造船は15年前にも、当時の「全造船日本鋼管分会」との間で同じ方法で問題を解決したとがある。実質的な団体交渉を受け入れるなら、理屈や面子にこだわらずに初めから交渉に応じていれば、労働委員会をわずらわせることもなかった。

そして問題は、年齢による補償の格差である。1日でも長く、と頑張っている補償が大きく下がる制度は、被害者の命に格差をつけることであり、療養の期間が長くなることに対する補償にも逆行する。格差をなくす企業も増えているが、まだまだ改善が必要である。



(アスベストユニオン)

被災者への謝罪も団交事項 神奈川県労委●日本冷熱の不誠実団交

2005年のクボタショックを契機に、アスベストによる健康被害者が日本国内各地で顕在化し、これまで泣き寝入りしていた被害者・遺族が企業に対して補償を求める動きも広がった。そうしたなか、2006年12月、アスベスト製品を製造・販売・使用するあらゆる

産業で働く労働者、アスベストを原因として亡くなった労働者の遺族で、アスベストユニオンが結成された。

アスベストユニオンは、(株)日本冷熱（長崎市本船町、以下「会社」という）に対して、2020年6月3日付けで元従業員（熊本

県天草工場勤務)のアスベスト被害問題に関する団体交渉を申し入れた。ところが、団体交渉が行われるまでに5か月間を要したうえに、団体交渉では会社から委任を受けた代理人が不誠実な交渉態度に終始した。

そのため労働組合の所在地である神奈川県労働委員会に対して、2020年12月15日に不当労働行為の救済申し立てを行った。その結果、神奈川県労委は2022年5月11日に、団体交渉における会社の不誠実な交渉態度は、労働組合法第7条第2項(使用者が雇用する労働者の代表者と団体交渉をすることを正当な理由がなくて拒むこと)に該当する不当労働行為であると認定する命令を組合に交付した。

労働組合が求めた団体交渉事項は次の5点だった。①石綿肺がんを発症したことに対する謝罪。②作業におけるアスベスト粉じんの発生状況と会社の対策の説明。③退職者に対するアスベスト健康対策についての説明。④会社における健康被害の発生状況及び石綿健康管理手続の取得状況の説明。⑤アスベスト被害に対する会社の補償制度の説明、である。

2020年11月12日に行われた団体交渉において、組合は前述した5点の要求に対する回答を求めた。しかし、会社側代理人は「裁判による解決しかない」「訴訟が想定されるので回答する意思はない」旨の返答を繰り返した。会社側は、団体交渉の席には着いたものの、その内容は不

誠実な交渉態度であり実質的には団体交渉拒否にあたるとして、不当労働行為の救済申し立てを行なったのだった。

今回の事件の争点は3つだった。1つ目は、組合員は会社を退職後に組合加入し、団体交渉を申し入れたのだが、組合員が「使用者が雇用する労働者」に当たるか否かという点。2点目は、労働組合が申し入れた団体交渉事項が、義務的団体交渉事項に当たるか否かという点。3点目は、会社が団体交渉において、訴訟が想定されていることを理由に要求を拒否したことが、不当労働行為に当たるか否かという点だった。

1つ目の争点について労働委員会は、「解雇された労働者が解雇そのものを争っている場合などのほか、労働関係が存在していた期間の精算されていない労働関係上の問題をめぐって争われているような事情が存在する場合には、これらの労働者は『使用者が雇用する労働者』に該当する」と判断した。そして、定年退職して15年後に団体交渉の申し入れが行なわれたのだが、「姉がんが業務上の疾病と認定され…団体交渉の申し入れという経過から、社会通念上、合理的期間内になされた」と判断した。

2つ目の争点については、団体交渉事項の①②⑤について、「組合員の労働条件に当たる」として「義務的団体交渉事項に当たる」と判断した。義務的団体交渉事項とは、「組合員である

労働者の労働条件その他の待遇や当団体的労使関係の運営に関する事項であって、使用者に処分可能なものをいう」との見解を示したうえで、「雇用関係に関連して発生したアスベストによる健康被害について、責任追及の一環として謝罪を求めているから、当該団体交渉事項は組合員の災害補償に関わるものとして同人の労働条件に当たる」とした。

3つ目の争点については、まず「団体交渉において、使用者は組合の要求や主張を聞くだけでなく、それら要求や主張に対しその具体性や追求の程度に応じ回答や主張をなし、必要によっては回答や主張について論拠を示したり、必要な資料を提示したりする義務がある。また、組合との間の当該団体交渉事項に関する見解の相違の有無にかかわらず、義務的団体交渉事項について団体交渉における誠実な対応を通じて合意形成の可能性を模索する姿勢が求められている」との見解を示した。そのうえで、団体交渉事項の②について、「資料や情報の提供の可否について検討結果を説明したり、検討の上で資料や情報の提供をする機会を設けたりすることが可能であった」「訴訟が想定されること等を理由に組合の要求を拒否した行為は、合意形成の可能性を真摯に模索しようとする姿勢がうかがえず…団交での日本冷熱の取った対応は不誠実と認められる」と判断した。その他の団体交渉事項については「不

誠実であると言えない」として、その点は組合として納得できない。

5月19日に長崎県庁において記者会見を行った。組合員の山崎さんは、「今回の労働委員会命令の内容を、会社は真撃に受け止め、私の健康被害に対して誠実に向き合ってほしいと思います。私と同じような仕事をした人は沢山います。体を壊しても労災の申請もしていない人もいます。そうした人たちの健康問題についても、会社はしっかり対応してほしいと思います」と

話された。

会見後に会社は、「納得がいかない。今後の対応は顧問弁護士と相談する」としていたが、5月23日付けで中央労働委員会へ再審査の申し立てを行った。

日本冷熱では、各事業場を合わせると23名が石綿関連疾患で労災認定を受けている。日本冷熱は、争いを続けるのではなく、アスベスト被害者に、そしてアスベスト被害の実相から目をそらさず、しっかり向き合うべき



である。
(ひょうご労働安全衛生センター)

わけでもありません。実際には、発注者や取引先の指示の下に労務を提供して対価を得ている場合がほとんどです。雇用の働き方と大きな違いはありません。それにもかかわらず、『自営業者』扱いされるだけで、雇用で働く場合に受けられる保護が全く受けられないのです。」(フリーランスユニオン設立宣言)

近年、政府は「多様な働き方」を掲げ、フリーランスとして企業から業務受託する働き方を推進している。その一方で、フリーランスに関する法的保護や社会保障はきわめて不十分なまま放置されている。社会保険料などの負担を回避するために、実態は雇用労働なのに業務委託の形式を偽装するといった企業も後をたたない。

フリーランスユニオンは、設立と同時に政策提言「フリーランスが安心して働くことのできる社会へ」を発表した。このなかで、労災保険・失業保険・傷病手当などに相当する保護の実現、フリーランスに対するハラスメント防止措置、出産や介護に伴う休業制度の構築などを提言している。とくに労災補償については、特別加入制度では加入できる業種・職種が限定されており、労災保険料も全額自己負担のため、現状では不十分であると指摘している。また、フリーランスユニオンは、フリーランスが結成した労働組合が企業側から労働者性を否定されて団体交渉を拒否される現状を踏まえ、「労働組合法上の労働者性」(労働基準法の労働者性)

フリーランスユニオンが設立

東京●安心して働くことのできる社会へ

2022年5月26日、フリーランスとして働く人々の連帯と助け合い、そしてフリーランスの労働組合の設立・運営を支援することなどを目的として、全国団体「フリーランスユニオン」が発足した。

フリーランスユニオンでは、ウーバーイーツユニオンやヨギーインストラクターユニオン、ヤマハ音楽講師ユニオンのメンバーが有志として参加し、共同代表を努める。これらのユニオンは、近年広がってきたフリーランスの人々の労働組合である。ウーバーイーツユニオンやヨギーインストラクターユニオンはそれぞれ、「自分たちは労働組合法上の労働者である」として、会社側に労働条件に

関する団体交渉を求め、労働委員会と争っている。

なお、フリーランスユニオンは、これらのユニオンの上部組織ではなく、任意団体として、フリーランスとして働く人々の連携の場を目指す、としている。

設立記者会見で発表された「フリーランスユニオン設立宣言」には、次のように書かれている。「現在、私たちフリーランスは、一律に自営業者とされ、法的保護がありません。他方で、雇用で働く場合には、社会保障を含む労働法上の保護がすべて及びます。しかし、現場で働く私たちは、独自の事業設備を有するわけでもなく、誰かを雇用している

働者よりも広い概念で、団体交渉権あり)について、次のように提言している。「労働者性の立証については、立証責任を『企業の側』に課し、企業の方で働き手が『自営業者であることを立証できた場合』にのみ、働き手を自営業者と扱うことを求めます。このような抜本的政策をとらない限り、契約形態の悪用の流れはな

くなりません。」

今後、フリーランスユニオンでは、SNSやクラウドファンディングなどを活用しつつ、フリーランスとして働く人々が交流し、現場で抱えている問題な共有して、解決に向けた具体的な連携や政策提言などを進めていく予定で



ある。
(東京労働安全衛生センター)

フリーランス俳優の安全対策

芸能従事者協会●精力的なアンケート調査

一般社団法人日本芸能従事者協会は精力的に芸能従事者実態調査アンケートを実施しており、③「労災と安全衛生」(2022年4月4日公表)、⑥「安全衛生の取組み」(8月3日)も含まれている(<https://artsworkers.jp/category/questionnaire/>)。

③「労災と安全衛生」にはオンラインで267件の回答があり、仕事の現場で事故に遭いケガをしたことが「ある」が実演家で25.9%、スタッフで25.4%。コロナ感染事例も多かったようだ。仕事の現場への行き来の間に事故(通勤災害)に遭いケガをしたことが「ある」が実演家で7.9%、スタッフで10.9%であった。

治療費を払ったのは、自分が38.5%、所属事務所3.4%、制作会社7.2%、保険会社12.5%、特別加入保険2.9%、わからないが47.6%。万一に備えての対策とし

ては、特別加入が11.7%、民間保険51.1%、貯金25.8%、何もしていない32.6%、その他5.3%。

仕事上安全に関して不安に思ったことが「ある」が88.5%で、その内容は労働時間が73%、食べ物25.3%、人間関係45.1%、ハラスメント45.9%、居場所の環境52.4%、危険な作業57.5%。

仕事場に更衣室が「ないことがある」が12.3%、専用のトイレが「ないことがある」が38.4%。膀胱炎になったことが「ある」が19.1%。仕事の現場の食事が「いつも規則的」は5.3%にすぎず、で食中毒になったことが「ある」が9.1%。

仕事中に寝不足で困ったことが「ある」が19.8%。徹夜で仕事をしたことが「ある」が77%。寝不足が原因で事故やケガをしたことが「ある」も6%あった。

仕事中にハラスメントを受け

たことが「ある」が48.3%。仕事の原因でこのままでは生きていけないと思ったことが「ある」が36.8%。

ケガや事故防止のため注意を受けたことが「ある」が52.7%。安全衛生の教育(勉強会等)を受けたことが「ある」が35.1%。

芸能の仕事での事故の原因はなんだと思うか、安全衛生について思うこと、国への要望等という問いにも多くの回答が寄せられていて興味深い。

⑥「安全衛生の取組み」にはオンラインで214件の回答があり、健康診断の受診(受けてないが37.9%)、健康診断助成金、ストレスチェック(同前93%)、就業時間の把握(同前65.9%)、長時間就業にならないルール(同前79.6%)等の状況に関する結果と、文化芸術・芸能業界を快適な職場にする取組みについて思うこととして寄せられた意見が報告されている。

日本芸能従事者協会は、これらのアンケート調査結果に基づき、フリーランスの労働現場は長時間労働を防ぐ仕組みが整っておらず、寝不足によるけがや精神疾患にかかるなどの労災につながりかねないとして、結果を厚生労働省に報告し、対策を求めたと言う(8月9日NHK報道)。

この報道は、「現場の状況をしっかり把握しながら、安全衛生の問題などで芸能従事者の方たちが職を離れるようなことがないようにしていきたい」という同協会の森崎めぐみ代表理事



ANCA裁判までもや棄却！

大阪高裁●科学的推論受け入れない裁判所

2022年5月20日、大阪高等裁判所において、ANCA関連血管炎の業務起因性をめぐる行政訴訟の控訴審について判決が下された。1審と同様、原告の請求は棄却された。

ANCA関連血管炎訴訟は、2004年4月22日に結節性多発動脈炎で亡くなった被災者のご遺族が提起した審査請求・再審査請求を経て、2011年11月25日に提起した行政訴訟である。もともと被災者は珪肺を抱えていたが、死亡原因は肺疾患ではなかった。死亡診断書上の死亡原因は多発性動脈炎と記載されていたものの、のちにANCA関連血管炎のひとつである顕微鏡的多発血管炎であったことがわかった。この疾病がシリカ曝露によって発生することが明らかことから労災請求を行ったが、再審査請求まで争ったものの、不支給の処分は覆らなかった。

提訴年に発行された厚生労働省の「ANCA関連血管炎診断ガイドライン（2011）」によると、「AAV（ANCA関連血管炎）の環境因子としては、シリカ及び抗甲状腺薬であるプロピルチオウラシルの関連が確立している」とあり、この疾病の原因物質として明確にシリカを挙げている。先にも

述べたように原告は珪肺にも罹患していることから、長期間業務を通じて大量のシリカに曝露してきたことは間違いなく、ANCA関連血管炎についても業務上疾病として認められるべきである。

2014年、2015年と2名の同疾患で闘病中の元はつり工が、療養の費用の給付に対する不支給処分の取消訴訟をそれぞれ提起した。3件の訴訟は併合され同時に進行していったが、両名とも2020年12月23日の1審判決を迎えることなく亡くなったため、遺族が承継している。2人とも死亡原因はANCA関連血管炎のひとつである顕微鏡的多発血管炎であることから、遺族に対する遺族補償請求についても、やはり不支給処分を受けている。

さらに現在は、同疾患に罹患した2名（いずれも故人）についても、これまで同様、労災請求から再審査請求まで争ったが不支給となったため、その処分の取消訴訟を大阪地方裁判所に提起し係争中である。まとめると10数年で、5名がANCA関連血管炎の業務上外をめぐって労災請求を行い、再審査請求を経て争っていることになる。

血管炎という疾病は、血管壁に好中球、リンパ球などの白血球

が接着あるいは浸潤して、血管壁の構造を破壊して発生する。放っておくと細胞に血が回らなくなったり、壊死したりするため、白血球による血管破壊行動を阻止するべく免疫抑制薬で治療を行わなくてはならない。「ANCA」とは、好中球内にある外部からの異物を消化する器官を標的とする自己抗体の総称である。この存在が確認されたのは40年前と比較的最近で、さらにANCAが関与する自己免疫疾患の一群をANCA関連血管炎と呼ぶようになって、まだ30年も経っていない。しかし、ANCAが確認されたのちは、何が原因で産生されるのかということも世界中で研究が進められてきた。これらの研究成果は2013年にメタ分析論文でまとめられ、シリカ曝露による顕微鏡的多発血管炎の発症を確実なものとしたのである。

原告が科学的な根拠に基づいて主張を展開してきたことに対し、国は揚げ足取りというやり方で対抗してきた。裁判所に証拠として提出された疫学論文のなかで議論されていないことをわざわざ挙げて不十分な内容であると主張したり、ほかにも発症の原因があるはずだとことさらに書き立てた。裁判所もこの議論に乗ってしまい、原告が示した科学の文法に基づいて算定されたオッズ比を排除し、最後には誰にも見えない「高度の蓋然性」という物差しをかざして棄却してしまった。裁判所の直感によって科学的推論が退けられたのである。

3名については上告し、これが

らもじん締患者の中から自己免疫疾患に罹患した方が発生したときには必ず労災請求を行って

いく予定である。

(関西労働者安全セン



有機化合物による急性中毒死 韓国●初の職業病モニタリング体系

■有機化合物の急性中毒、昨年の死亡者が44.4%増加

昨年、業務上の疾病で死亡した労働者は、2020年より72人(6.1%)増えた1,252人と集計された。2004年(1,288人)以来、18年ぶりの最高値だ。とくに、その他の化学物質中毒(前年比11人増)、有機化合物中毒(4人増)、金属及び重金属中毒(1人増)といった有害物質中毒による死亡者が大幅に増えた。雇用労働部が3月20日に公表した「2021年労働災害発生現況」によると、昨年の業務上事故による死亡者は、2020年比で6.1%減った828人と、過去最低水準を記録したが、業務上疾病死亡者は6.1%増の1,252人となった。業務上の疾病で死亡した労働者の死亡万人率は0.65で、事故死亡の万人率(0.43)よりも高い。

昨年、業務上疾病死亡者の40.7%は脳心血管系疾患だった。一方、推定の原則の適用にもかかわらず、労災を認められた職業性がんによる死亡者は、むしろ減少傾向にある。昨年の職業性がんによる死亡者は、2020年(162人)より55人減少した107人で、業

務上疾病による死亡者全体の8.5%を占めた。

業務上の疾病統計で何よりも深刻なことは、有害物質中毒による死亡者の急増だ。金属・重金属中毒死亡が5人、有機化合物中毒死亡が13人、その他化学物質中毒死亡が50人で、前年比それぞれ25%、44.4%、28.2%増加した。実際、昨年1月に半導体・ディスプレイの下請け会社で、配管工事中に急性毒性物質である水酸化テトラメチルアンモニウム(TMAH)が噴出して労働者2人が死亡し4人が負傷する事故、同月、華城の建設現場でコンクリート養生作業中に一酸化炭素中毒で労働者1人が死亡し1人が負傷する事故が続いて発生した。3月には、江原道の東海船舶の亜鉛貯蔵庫で、亜鉛ガス中毒で労働者2人が死亡した。

2022.3.21 毎日労働ニュース

■韓国初の職業病モニタリング体系の構築「職業病安心センター」オープン

韓国で最初の「職業病安心センター」による職業病モニタリングシステムが構築された。労

働者が来院したときから、専門医が職業歴を確認して報告するシステムを設け、職業病に素早く対応しようという趣旨だ。

雇用労働部は4月1日、職業病安心センターが作られた漢陽(ハニャン)大学病院で関所式を行った。職業病安心センターは、地域別に、拠点の総合病院が中心になって、労働者の職業性疾病を見付け出す役割を担う。初期診断の段階から職業との関連性があるかどうかを調べ、疑われれば職業環境の専門医と連携して追加被害を予防するという方針だ。必要に応じて、専門医が原因調査に参加する。

これとともに、重大災害処罰法施行令に明示された24の疾病患者が発生した場合、ただちに地方雇用労働庁と労働部に報告する常時報告体系を設ける。疾病災害の捜査が必要な場合、疾病と職業との関連性について専門的な諮問を提供する機能も遂行する方針だ。施行令に明示された24の疾病としては、塩化ビニール・一酸化炭素に曝露して発生した中枢神経系の障害などの急性中毒、水銀やその化合物に曝露して発生した急性中毒、高熱作業・猛暑に曝される場所で行う作業によって発生した、深部の体温上昇を伴う熱中症などがある。

職業病安心センターの役割な果たすため、漢陽大学病院を含めた、国立中央医療院、ソウル医療院、ポラメ病院、ソウル大学病院など、12か所が運営に参加する。

2022.4.1 京郷新聞

■介護労働者の暴言・セクハラ被害予防のために録音機を普及

ソウル市社会サービス院は4月4日、「介護サービスの過程での、利用者のぞんざいな言葉・悪口・セクハラなどによる精神的な被害を予防するため、所属専門サービス職（療養保護士・障害者活動支援士）労働者に録音装備を普及する」と明らかにした。

録音機は、職員たちがいつも着用している社員証ケースのかたちになっている。動きの多い業務中でも、いつでもどこでも、ボタンさえ押せば録音できるように設計されている。

今月からソウル市社会サービス院所属の総合在家センター4か所（城東・恩平・江西・蘆原）の療養保護士と障害者活動支援士に録音機を提供し、試験運営する。試行過程で明らかになった問題点を改善・補完し、全体で12か所ある所属機関に順次拡大する計画だ。

これとともに、感情労働による産業災害の危険から労働者が保護されるよう、事例類型別対応指針の開発や、苦情処理専担部署の設置、安全保健経営方針の樹立にも取り組む。

2022.4.5 毎日労働ニュース

■最高裁、「下請け労働者の感電死」で韓電に「請負人」の責任

最高裁判所が、韓国電力公社（韓電）は、下請け業者の労働者の感電事故の責任に関し、安全措置義務が課せられた「請負

人」だと判決した。韓電が産業安全保健法上の「請負事業主」であるにもかかわらず、安全保健措置義務を果たしていないと釘を刺した。

今回の判決によって、「請負人」ではなく「発注者」だという韓電の主張は力を失う。韓電は昨年11月に起きた韓電の下請け会社の労働者・故キム・ダウンさんの感電事故に関しても「建設工事発注者」と主張している。

最高裁判所二部は3月31日、下請け労働者の感電死に関連して、業務上過失致死と産業安全保健法違反で起訴された元・忠清北道本部長のパク・某被告に、懲役10月、執行猶予2年を言い渡した原審を確定した。両罰規定で一緒に裁判に付された法人の韓電にも、罰金700万ウォンが確定した。

最高裁は、韓電が直接工事を行わず、事業の進行過程を管理・監督しただけでも、旧産業安全保健法で定めた「請負事業主」に該当すると判示した。昨年1月16日に全面改正される前の産業安全保健法（29条1項）は、同じ場所で行われる事業で、専門分野の工事として施工される場合、各専門分野に属する工事の全部を請け負っていれば、事業主に労災予防措置の義務がある、と定めている。

最高裁は判決で「韓電を産業安全保健法で定めた請負事業主に該当するとみて、被告人の産業安全保健法違反をすべて有罪と判断したのは正当だ」と強調した。裁判所は、作業計

画書の不作成と、現場に職員を配置しないなど、安全保健措置義務を果たしていないとした原審の判決に、誤りはないと判断した。韓電も安全保健総括責任者を指定せず、安全管理義務を果たしていなかったと指摘した。

今回の事件は、全面改正産業安全保健法の施行前でも、請負人の地位を認めたことに意味があるというのが、法曹界の大方の観方だ。

今回の判決は、安全措置なしで一人で電気の連結作業をしていて、高圧電流に感電して死亡したキム・ダウンさんの事件にも、影響を与えるものとみられる。

2022.4.8 毎日労働ニュース

■新型コロナウイルス陽性、低賃金労働者の6割は無給休暇

職場の甲質119と公共共生連帯基金は、3月24日から31日までに行った「コロナと職場生活の変化」に関するアンケート調査結果を10日に公開した。アンケートに応じた回答者は2,000人で、そのうち430人（21.5%）はコロナ陽性の経験があった。

陽性の経験がある回答者430人のうち、有給休暇を取ったのは28.4%、在宅勤務をしたのは23.3%、無給休暇として処理されたのは25.8%だった。感染による不利益は、低賃金、非正規職、中小企業の労働者に集中していた。隔離期間に、月所得500万ウォン以上の高賃金労働者は、3.3%しか無給休暇として処理されなかったが、月所得150万ウォン未満の低賃金労働者は、60%

が無給休暇で処理された。

コロナ大流行の中で、ワクチン接種や感染検査、濃厚接触者や陽性者として隔離されて仕事を休まなければならないとき、中小企業・非正規労働者は、大企業・正規労働者に比べて「自由に」休暇を使えなかった。この3か月間、コロナの感染予防と拡散防止のため、「なんの心配もなく自由に『ワクチン・検査・隔離休暇』を使えたか」という質問に、「そうだ」と答えた割合は、正規職労働者は70.8%、非正規職労働者は48.0%だった。高賃金労働者の81.0%は「ワクチン・検査・隔離休暇」を自由に使用したが、低賃金労働者の場合は半分の41.3%だった。

今回のアンケート調査は、コロナによる失業、所得減少といった問題だけでなく、コロナに直接関連する隔離期間、関連の休暇の使用などでも、被害が非正規職、小企業、低賃金労働者に集中している

2022.4.10

■労働部「労働者急性中毒」トゥソン産業を重大災害法1号送致

労働者16人が「急性肝中毒」を起こしたトゥソン産業が「重大災害処罰等に関する法律」（重大災害法）の適用を受け、検察に「起訴意見」で送致された。今年1月27日の重大災害法施行後、雇用労働部が捜査して検察に渡した「1号事件」だ。

労働部は毒性物質の「トリクロロメタン」が含まれた洗浄液をエアコン部品の製造過程で使用し

ながら、とくに安全措置を取らなかったため、労働者16人を急性肝中毒などの職業性疾病に罹らせるなど、安全保健管理体系構築の義務を履行しなかった疑い（重大産業災害致傷）で、トゥソン産業の法人と代表取締役のチョン・某氏を、昌原地検に起訴意見で送致した。

事件を受け取った検察は、追加の補強調査を終えた後、起訴するものとみられる。これに先立ち、労働部は重大災害法違反の疑いでトゥソン産業の代表取締役に対する逮捕状を申請したが、昌原地裁は3月21日、「犯行を概ね認め、証拠隠滅のおそれがない」として棄却していた。当時、裁判所は「犯罪容疑は解明される」と明らかにしており、検察がチョン氏を起訴しない可能性は低いとみられる。

2022.4.11 ハンギョレ新聞

■13年間ホルムアルデヒド作業、裁判所「白血病損害賠償せよ」

ソウル中央地裁は4月12日、界面活性剤メーカーの職員Aさんが会社を相手に起こした損害賠償訴訟で、原告一部勝訴の判決を行ったと発表した。Aさんが訴訟を起こしてから4年目に一審の結論が出た。

Aさんは2001年から8年間、界面活性剤の製造会社であるD社の代表が運営する食料品会社に勤め、主に界面活性剤の実験と研究を担当し、ホルムアルデヒドの水溶液のホルマリンを投入する作業も担当した。ホルムアルデヒドは白血病の原因となる有

害物質だ。

その後、Aさんは食料品会社からD社に移り、2009年から2年間は中国法人で、2014年までと同じ業務を行った。毎月2〜3回ずつ、ホルムアルデヒドが入っている防腐剤20リットルを混合容器に注ぎ、年に1〜2回はホルムアルデヒドを分ける作業を繰り返した。

2015年1月に慢性骨髄性白血病と診断された。勤労福祉公団も「ホルムアルデヒドの瞬間曝露量が多い」として業務上の疾病を認め、療養手当と休業手当を支給した。2018年5月、Aさんは保護具なしで作業をして白血病に罹ったため、（訳註：定年まで働けば受け取れたであろう）逸失退職金の既払いと今後の治療費、慰謝料などを支給するように、訴訟を起こした。

裁判所は「本事件の疾病は、A氏が、排気施設が整っていない作業場で、保護具も具備していない状態で、ホルムアルデヒドを取り扱う業務に従事していたところ、過度に曝露したことで発生したため、D社はA氏に発生した損害を賠償する責任がある」と判示した。

2022.4.13 毎日労働ニュース

■現代建設が「最悪の殺人企業」、四度目の汚名

現代建設が2022年の最悪の殺人企業第1位に選定された。昨年、6人の下請け労働者が、現代建設の建設現場で、作業中に落ちたり、挟まれたりして亡くなった。労災死亡対策作り共同キャ

ンペーン団が、2006年に初めて最悪の殺人企業者を選定して以来、現代建設が1位を占めるのは今回ですでに4度目だ。共同キャンペーン団には、毎日労働ニュースと労働健康連帯、民主労総が参加している。

共同キャンペーン団は4月27日午前、ソウルの現代建設の前で記者会見を行い、最悪の殺人企業の名簿を発表した。

現代建設の下請け労働者の命を奪った事故は、今回も落下や衝突といった通常災害だった。昨年1月と9月に発生した墜落事故では、下請け労働者2人が死亡した。今年4月、雇用労働部は現代建設の主要な現場を監督したが、産業安全保健法違反事項(254件)の中で、墜落事故予防用の安全手摺りの不設置が23.2%で最も多かった。

殺人企業の2位には(株)大平があがった。尚州の大平化粧品の燃料工場で、昨年8月、爆発事故で労働者6人が負傷し、重傷を負った元請の労働者5人が結局亡くなった。

労働者4人が死亡した大字建設とテヨン建設が共同3位、労働者3人が死亡したイール産業、漢陽、現代重工業、SKTNS、S&I建設が共同5位になった。

例年のように、災害は下請け労働者に集中した。1位から共同5位に選ばれた9社で死亡した労働者34人の内、下請け会社の所属が79%(27人)だった。

特別賞は、光州・鶴洞の撤去建物の事人の死傷者を出した現代産業開発に贈られた。この事故で、倒壊した建物がバス停に停っていたバスを襲い、バスに乗っていた市民が大怪我をしたり死亡した。しかし、重大災害処罰法が規定する重大産業・市民災害には含まれないため、労働部の集計からは除外された。

国土交通部は光州鶴洞事故の原因として、不法下請けによって工事費が大幅に減額され、安全を無視した無理な解体方式が使われたと指摘したが、現代産業開発の反省はなかった。現代産業開発は今年1月、無断で構造を変更して光州のアイパー

ク崩壊事故を起こし、労働者6人が命を失った。しかし、殺人企業を制裁する手段は無力だ。ソウル市は今年3月、手抜き工事などの建設産業基本法違反で、現代産業開発に3か月間の営業を停止する行政処分を行った。その後、現代産業開発が行政処分の執行停止申請を提起したのを裁判所が受け容れ、行政処分の執行は停止された。下請けの管理義務不履行によって出された営業停止3か月は、現代産業開発の要請で課徴金4億ウォンに換えられた。

また、別の特別賞の受賞者は、韓国経営者総協会だ。労災遺族が命を懸けた闘いで作った重大災害処罰法が今年1月27日に施行されたが、財界の法律無力化の試みが後を絶たないからだ。共同キャンペーン団は「経総は法定の論議が始まった2020年から、法が施行された今まで、法律の意味と目的を骨抜きにしようとしている」と批判した。

2022.4.28 毎日労働ニュース
(翻訳：中村猛)

賛助会員、定期購読のお願い



全国労働安全衛生センター連絡会議(略称:全国安全センター)は、1990年5月12日に設立された各地の地域安全(労災職業病センター)を母体とした、働く者の安全と健康のための全国ネットワーク。月刊誌「安全センター情報」は、ここでしか見られない情報満載。

- 購読会費(年間購読料):10,000円(年度単位(4月から翌年3月)、複数部数割引あり)
- 読者になっていただけそうな個人・団体をご紹介下さい。見本誌をお届けします。
- 中央労働金庫亀戸支店「(普)7535803」
郵便払込講座「00150-9-545940」
名義はいずれも「全国安全センター」

全国労働安全衛生センター連絡会議
〒136-0071 東京都江東区亀戸7-10-1 Zビル5階
PHONE(03)3636-3882 FAX(03)3636-3881

全国労働安全衛生センター連絡会議

〒136-0071 東京都江東区亀戸7-10-1 Zビル5階
TEL (03)3636-3882 FAX (03)3636-3881 E-mail: joshrc@joshrc.net
URL: <https://joshrc.net/>

- 北海道 ● NPO法人 北海道勤労者安全衛生センター
〒060-0004 札幌市中央区北4条西12丁目 ほくろうビル4階
E-mail safety@rengo-hokkaido.gr.jp
TEL (011)272-8855 / FAX (011)272-8880
<http://www.hokkaido-osh.org/>
E-mail center@toshc.org
TEL (03)3683-9765 / FAX (03)3683-9766
<https://tokyo-oshc.org/wp/>
- 東京 ● NPO法人 東京労働安全衛生センター
〒136-0071 江東区亀戸7-10-1 Zビル5階
- 東京 ● 三多摩労働安全衛生センター
190-0012 立川市曙町3-19-13 フォーサート立川104号
三多摩合同労組気付
TEL (042)324-1024 / FAX (042)324-1024
- 神奈川 ● NPO法人 神奈川労災職業病センター
〒230-0062 横浜市鶴見区豊岡町20-9 サンコーポ豊岡505
E-mail k-oshc@jca.apc.org
TEL (045)573-4289 / FAX (045)575-1948
<https://koshc.org/>
- 群馬 ● ぐんま労働安全衛生センター
370-0846 高崎市下和田町5-4-3 国労高崎地本内
E-mail qm3c-sry@asahi-net.or.jp
TEL (027)322-4545 / FAX (027)322-4540
- 長野 ● NPO法人 ユニオンサポートセンター
〒390-0811 松本市中央4-7-22 松本市勤労会館内1階
E-mail ape03602@go.tvm.ne.jp
TEL (0263)39-0021 / FAX (0263)33-6000
- 新潟 ● 一般財団法人 ささえあいコープ新潟
〒950-2026 新潟市西区小針南台3-16
E-mail KFR00474@nifty.com
TEL (025)265-5446 / FAX (025)230-6680
- 愛知 ● 名古屋労災職業病研究会
〒466-0815 名古屋市昭和区山手通5-33-1
E-mail roushokuken@be.to
TEL (052)837-7420 / FAX (052)837-7420
<https://www.nagoya-rosai.com/>
- 三重 ● みえ労災職業病センター
〒514-0003 津市桜橋3丁目444番地 日新ビル
E-mail QYY02435@nifty.ne.jp
TEL (059)228-7977 / FAX (059)225-4402
- 京都 ● 京都労働安全衛生連絡会議
〒601-8015 京都市南区東九条御霊町64-1 アンビシャス梅垣ビル1F
E-mail kyotama@mbox.kyoto-inet.or.jp
TEL (075)691-6191 / FAX (075)691-6145
- 大阪 ● 関西労働者安全センター
〒550-0001 大阪市西区土佐堀1丁目6-3 JAM西日本会館5階
E-mail info@koshc.jp
TEL (06)6476-8220 / FAX (06)6476-8229
<https://koshc.jp/>
- 兵庫 ● ひょうご労働安全衛生センター
〒650-0026 神戸市中央区古湊通1-2-5 DAIEIビル3階
E-mail npo-hoshc@amail.plala.or.jp
TEL (078)382-2118 / FAX (078)382-2124
<http://www.hoshc.org/>
- 岡山 ● おかやま労働安全衛生センター
〒700-0905 岡山市北区春日町5-6 岡山市勤労者福祉センター内
E-mail oka2012ro-an@mx41.tiki.ne.jp
TEL (086)232-3741 / FAX (086)232-3714
- 広島 ● 広島労働安全衛生センター
〒732-0825 広島市南区金屋町8-20 カナヤビル201号
E-mail hiroshima-raec@leaf.ocn.ne.jp
TEL (082)264-4110 / FAX (082)264-4123
- 鳥取 ● 鳥取県労働安全衛生センター
〒680-0814 鳥取市南町505 自治労会館内
〒682-0803 倉吉市見田町317 種部ビル2階 労安センターとっとり
TEL (0857)22-6110 / FAX (0857)37-0090
/ FAX (0858)23-0155
- 徳島 ● NPO法人 徳島労働安全衛生センター
〒770-0942 徳島市昭和町3-35-1 徳島県労働福祉会館内
E-mail info@tokushima.jtuc-rengo.jp
TEL (088)623-6362 / FAX (088)655-4113
- 愛媛 ● NPO法人 愛媛労働安全衛生センター
〒793-0051 西条市安知生138-5
E-mail npo_eoshc@yahoo.co.jp
TEL (0897)64-9395
<http://eoshc.g2.xrea.com/>
- 高知 ● NPO法人 高知県労働安全衛生センター
〒780-0011 高知市薊野北町3-2-28
TEL (088)845-3953 / FAX (088)845-3953
- 大分 ● NPO法人 大分県勤労者安全衛生センター
〒870-1133 大分市宮崎953-1(大分協和病院3階)
E-mail OIT_AOSHC@elf.coara.or.jp
TEL (097)567-5177 / FAX (097)568-2317

